

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Tereza Marečková

**Ošetřovatelská péče o pacienta v mobilní hospicové
péči**

*Nursing care of patient provided by a mobile hospice
nurse*

Bakalářská práce

Praha, květen 2020

Autor práce: Tereza Marečková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bodláková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze ve Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 23. května 2020

Tereza Marečková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce paní Mgr. Janě Bodlákové za její trpělivost a cenné rady, které mi poskytovala při zpracovávání bakalářské práce. Ráda bych zde také poděkovala Pavle Andrejkivové, která mi umožnila pracovat ve svém zařízení zdravotní domácí a mobilní hospicové péče a tím získat důležité podklady pro vypracování mé práce. Na tomto místě nemohu opomenout ani zdravotní sestry mobilního hospice LADARA s.r.o., které se mi věnovaly a byly ochotny sdílet se mnou své zkušenosti.

Obsah

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. SMRT A UMÍRÁNÍ.....	9
1.1 Model pěti fází smutku	10
1.2 Období umírání	11
2. PALIATIVNÍ PÉČE	12
2.1 Obecná a specializovaná paliativní péče	12
2.2 Indikace paliativní péče	13
2.3 Formy specializované paliativní péče v ČR.....	15
2.4 Legislativní úprava paliativní péče v České republice	16
2.5 Etické aspekty v paliativní péči.....	17
2.5.1 Marná léčba	17
2.5.1 Dříve vyslovená přání	18
3. ZAŘÍZENÍ MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE (MSPP)	20
3.1 Historie MSPP	21
3.2 Současnost MSPP	23
3.3 Právní normy, požadavky na poskytovatele a financování MSPP	24
3.3.1 Právní normy týkající se MSPP	24
3.3.2 Požadavky na poskytovatele MSPP	25
3.3.3 Financování MSPP	26
3.4 Cílová skupina MSPP a její indikace.....	27
3.5 Multiprofesní tým MSPP.....	29
3.5.1 Role jednotlivých členů týmu	30
3.6 Sestra v mobilní specializované paliativní péči	31
3.6.1 Kvalifikační předpoklady	31
3.6.2 Činnosti sestry v mobilní specializované paliativní péči	32
3.7 Postup při úmrtí nemocného v domácí péči.....	33
3.8 Péče o pozůstalé po úmrtí pacienta v domácí péči	33
OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	35
4. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIE HENDERSON	35
5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	36
6. ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	37
6.1 Lékařská anamnéza a diagnóza	38
6.2 Důvod přijetí klienta do mobilní hospicové péče LADARA	40
6.3 První setkání personálu mobilního hospicu LADARA s nemocným	41
6.4 Fyzikální vyšetření pacienta při příjmu	43
7. HODNOCENÍ STAVU KLIENTA DLE VIRGINIE HENDERSON	44

8. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	53
9. POZOROVÁNÍ KLIENTA PŘI MÝCH NÁVŠTĚVÁCH V RÁMCI MSPP	70
<i>9.1 Má první návštěva klienta, 13. 2. 2020, 11:00.....</i>	<i>70</i>
<i>9.2 Má druhá návštěva klienta, 20. 2. 2020, 11:15.....</i>	<i>72</i>
<i>9.3 Má třetí návštěva klienta, 27. 2. 2020, 11:00.....</i>	<i>74</i>
<i>9.4 Má čtvrtá návštěva klienta, 5. 3. 2020, 12:00.....</i>	<i>75</i>
<i>9.5 Má pátá návštěva a konečná péče o klienta 7. 3.–11. 3. 2020.....</i>	<i>78</i>
10. DISKUZE.....	81
ZÁVĚR.....	84
SOUHRN.....	86
SUMMARY	87
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	88
SEZNAM ZKRATEK.....	94
SEZNAM PŘÍLOH.....	96

Úvod

K sepsání této bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienta v mobilní hospicové péči“ mě inspirovala mnohaletá přítelkyně mé babičky Pavla Andrejkivová, která je zakladatelkou Agentury domácí zdravotní péče a mobilní hospicové péče v Karlových Varech.

V roce 1993 Pavla Andrejkivová opustila SZŠ a založila nestátní zdravotnické zařízení pod názvem Agentura domácí zdravotní péče – Pavla Andrejkivová. K založení této agentury ji vedla snaha poskytnout nemocným zdravotní služby v jejich vlastním prostředí, a to na základě doporučení praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře po hospitalizaci.

Její začátky byly velmi náročné, musela sehnat vhodné prostory, kvalitní zdravotnický personál a hlavně finanční prostředky. Po složitých začátcích se jí podařilo vybudovat moderní agenturu domácí zdravotní péče, která v současné době pečuje přibližně o 200 pacientů.

V roce 2005 se jako fyzická osoba rozhodla založit společnost s ručením omezeným. Dnes tato společnost nese název Pavla Andrejkivová – LADARA, s.r.o. (LÁsku DÁvám Rád) a dceřinou společností je od roku 2007 Agentura domácí péče LADARA, o.p.s.

LADARA, s.r.o., poskytuje jako nestátní zdravotnické zařízení péči v odbornosti 925 – sestra domácí zdravotní péče. Následně od roku 2017 zahájila mobilní hospicovou péči, která byla zařazena do pilotního projektu VZP mobilní specializované hospicové paliativní péče. V roce 2018 projekt pokračuje s uzavřením smluv se všemi zdravotními pojišťovnami.

V roce 2019 uvedla Pavla Andrejkivová do provozu 1. Paliativní ambulanci v Karlovarském kraji.

Při návštěvách babičky jsem se ráda bavila s paní Andrejkivovou o její práci, zejména v poslední době o mobilním hospicu. Toto téma mě velmi zaujalo, a proto jsem se s tímto typem zdravotní péče rozhodla blíže seznámit a zpracovat jej ve své bakalářské práci.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je tedy popsat a přiblížit specifika mobilní hospicové péče u klienta v terminálním stádiu.

První část mé práce je teoretická, nachází se zde kapitola, která se věnuje smrti a umírání, dále kapitola věnovaná paliativní péči a mobilní specializované paliativní péči.

Druhá část bakalářské práce se týká ošetrovatelské stránky. Skládá se ze základních údajů o nemocném, z hodnocení klienta dle modelu Virginie Henderson a z průběhu působení mobilního hospicu v domácím prostředí klienta. V ošetrovatelské části jsem rozpracovala aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy ke dni 13. 2. 2020, kdy jsem s klientem poprvé přišla do kontaktu.

Teoretická část

1. Smrt a umírání

Tuto kapitolu své bakalářské práce bych ráda zahájila citátem spisovatele Harukiho Murakamiho „Smrt není opakem života, smrt je jeho součástí.“

Smrt je vlastně jediná jistá věc v životě, která je dána člověku již ve chvíli jeho narození. Umírání a smrt je údělem každého člověka a všechny nás čeká a nemine (Kutnohorská, 2007). Smrt je v naší společnosti tabuizovaným tématem, o kterém se raději mlčí, přičemž většina lidí se smrti bojí a nechce si její existenci vůbec připustit. Já osobně jsem o smrti také nikdy nepřemýšlela ani jsem si myšlenku smrti nepřipouštěla až do doby, kdy jsem se poprvé setkala s umírajícími pacienty v rámci své odborné praxe.

Na umírání lze nahlížet z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Dnešním trendem v přetechizované medicíně je oddalovat přicházející smrt, a tedy snaha o co nejdelší prodloužení života člověka, často na úkor kvalitního dožití a důstojné smrti. V dřívějších letech stáli umírající ve středu pozornosti rodiny, zatímco dnes jsou v nemocnici jen jedním případem z mnoha (Kutnohorská, 2007). Starost o umírající i nemocné se tedy postupem času přesouvala z domácího prostředí do prostředí institucí. Umírajícím pacientům je v mnoha nemocnicích sice poskytována profesionální péče, avšak na úkor nedostatku lidského kontaktu. Nemocní často umírají o samotě na nemocničních odděleních bez svých blízkých. Dnešní společnost má tendenci smrt a umírání vytěšňovat a umírající odsunovat (Haškovcová, 2015). Stejná autorka zdůrazňuje, „že umírání musí opět získat charakter sociálního aktu. A to jednak pěstovat paliativní péči za účasti nebo alespoň asistence blízkých osob, nebo nechat nemocného zemřít doma, ovšem s profesionální péčí“ (Haškovcová, 2015, s. 177).

Umírání je poslední fází v životě člověka a pro každého člověka může být individuálně dlouhé. Umírání je vlastně proces, který lze rozdělit na jednotlivé fáze, týkající se psychického stavu nemocného a jeho reakcí na nepříznivý stav (Špatenková a kol., 2014). Jednotlivé fáze se mohou opakovaně vracet, střídat a mohou se i prolínat v jediném dni. Fáze nemusí být stejně dlouhé a některé mohou

dokonce chybět. Každý pacient je jiný a významnou roli zde hraje jeho životní příběh, a tudíž každý může proces umírání prožívat jiným způsobem (Svatošová, 2008). Autorkou níže uvedeného členění je Elisabeth Kubler-Ross, švýcarsko-americká lékařka psychiatrie, která shrnula výpovědi 450 terminálně nemocných (Kupka, 2014). Rozdělení procesu umírání na jednotlivé fáze je důležité z toho důvodu, abychom mohli lépe pochopit a doprovázet nemocného, jenž zjistil svou infaustní diagnózu (Kutnohorská, 2007). Těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale též jeho blízcí. Fáze začínají v okamžiku, kdy lékař sdělí pacientovi jeho diagnózu.

1.1 Model pěti fází smutku

1. fáze – negace (šok, popírání): V okamžiku, kdy se pacient dozví svou diagnózu, která je neslučitelná se životem, odmítá si ji připustit a myslet na svou smrt (Kutnohorská, 2007). Vědomě i nevědomě odmítá uznat fakta a nechce si připustit pravdivost informací ani známky nemoci. Toto chování je zcela přirozené a jedná se o obranný mechanismus (Heřmanová, Vácha a kol., 2012).

2. fáze – agrese (hněv, vzpoura): Poté, co si nemocný uvědomí vážnost a skutečnost situace, může nastat období, kdy vztáhne zlobu na sebe nebo ji obrátí proti ostatním, ať už z řad členů rodiny, zdravotnického personálu, nebo dalších osob nacházejících se v jeho blízkosti. Tato fáze je velice těžká jak pro zdravotníky pečující o takového pacienta, tak pro jeho blízké (Heřmanová, Vácha a kol., 2012).

3. fáze – smlouvání (vyjednávání): V této fázi nemocný hledá ještě poslední naději. Někteří pacienti se dokonce začínají s žádostí o pomoc obracet k Bohu. Většina pacientů se snaží najít zázračné léky, léčitele či drží různé typy diet (Kutnohorská, 2007). Nemocní se snaží zbavit škodlivých zlovyků ve snaze získat tak více času (Heřmanová, Vácha a kol., 2012).

4. fáze – deprese (smutek): Deprese u nemocného vzniká jako odpověď na ztráty, které pacient pocítuje. Nemocní neztrácejí jen zdraví, tělesné funkce či mentální schopnosti, ale také své sociální role či blízké osoby. Přicházejí vlastně o možnost vykonávat normální aktivity, které doposud vykonávali jako zdraví

jedinci, a tím ztrácejí „radost ze života“. V této fázi také nastupuje strach o rodinu a její následné zajištění (Heřmanová, Vácha a kol., 2012).

5. fáze – smíření (souhlas): Nemocný již přijal svou diagnózu a dospěl k vnitřnímu smíření. U pacienta v tomto okamžiku můžeme pozorovat snahu o to, uspořádat si poslední důležité záležitosti. Může se ale stát, že k této fázi nemocný vůbec nedojde (Špatenková a kol., 2014).

1.2 Období umírání

V klinické praxi se pojmem umírání označuje delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem nemocného. Odborníci rozdělili proces umírání na tři období (*pre finem*, *in finem*, *post finem*), která jsou časově rozdílná. Je důležité si uvědomit, že umírání nelze omezovat pouze na terminální stav, jedná se o delší proces.

Období *pre finem*: Začátek tohoto období nastává v momentě, kdy dojde ke zjištění, že nemoc pacienta je velice závažná a neslučitelná se životem. Toto období může být různě dlouhé, může trvat i řadu let (Haškovcová, 2015).

Období *in finem*: Toto období může trvat různě dlouhou dobu od hodin až po týdny (obvykle méně než 72 hodin) a jeho výsledkem je smrt jedince. Je vlastně shodné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu, při němž postupně dojde k nevratnému selhání základních životních funkcí tkání a orgánů jednotlivce (Špatenková a kol., 2014).

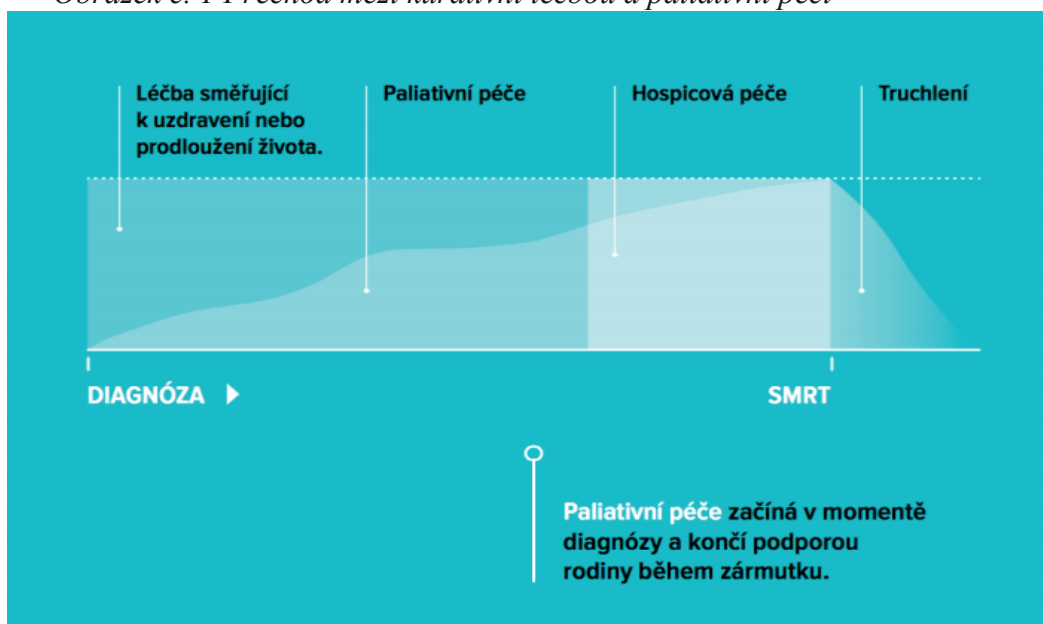
Období *post finem*: Toto období začíná okamžitě po lékařem konstatované smrti pacienta a je charakterizováno zejména péčí o tělo zesnulého. Patří sem i péče o pozůstalé (Kutnohorská, 2007).

V souvislosti s danou problematikou bych chtěla zmínit, že smrtí a umíráním se zabývá interdisciplinární vědní obor thanatologie, který se snaží vytvořit holistické nazírání na smrt pomocí pojetí problematiky smrti v nejrůznějších souvislostech (Špatenková a kol., 2014). Obsah oboru thanatologie je v podstatě rozptýlen do mnoha klasických oborů, jimiž jsou například filozofie, teologie, medicína, psychologie, sociologie atd. Součástí týmu zabývajícího se thanatologií jsou tedy filosofové, teologové, lékaři, biologové či sociologové (Haškovcová, 2007).

2. Paliativní péče

Paliativní péče má za cíl zlepšovat kvalitu života, snižovat utrpení spojené s nevléčitelným onemocněním, chránit důstojnost a úspěšně zvládat bolest a průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění. Zakládá si na interdisciplinární spolupráci a celostním pohledu na nemocného. Snaží se o důsledné plnění přání a potřeb pacientů, respektujíc jejich hodnotové priority. Klade důraz na význam rodiny a nejbližších přátel nemocného, nevytrhává jej z jeho přirozených sociálních vazeb, naopak nemocnému umožňuje, aby poslední období života prožil v důstojném a vlídném prostředí. Poskytuje podporu příbuzným a pomáhá jim vyrovnat se se smrtí blízkého člověka. V neposlední řadě může být paliativní péče poskytována současně s léčbou základního onemocnění (tedy s léčbou kurativní) a přitom snižovat výdaje za zdravotní péči například snížením objemu poskytované (zbytečně agresivní) intenzivní péče (Marková a kol., 2015).

Obrázek č. 1 Přechod mezi kurativní léčbou a paliativní péčí



Zdroj: <http://www.energeia.cz/uploads/dokumenty/01%20Fakta%20o%20paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%20C4%8Di%20Adam%20Houska.pdf>

2.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péči lze rozdělit na obecnou a specializovanou. Dobrou paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci,

což vyplývá z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999. Rada Evropy také apeluje na to, aby všechna zařízení byla schopna poskytnout obecnou paliativu a důraz se kladl na zřizování zařízení zaměřených na specializovanou paliativní péči (Marková, 2010).

Rozdělení paliativní péče podle ČSPM¹:

„Obecnou paliativní péči rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytovaná pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče“ (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s. 6).

2.2 Indikace paliativní péče

Pokud existují pochybnosti o přínosu aktivní léčby nebo tato léčba nadále není pro pacienta přínosná, může být iniciována paliativní péče, kde ústředním a hlavním cílem je léčba symptomů a poskytnutí co největšího pohodlí pacientům diagnostikovaným s nevyléčitelným onemocněním. V některých případech může probíhat souběžně jak aktivní léčba, tak paliativní péče a jejich poměr lze upravovat podle toho, jak se zdravotní stav daného pacienta vyvíjí. V určité fázi pak dochází k přechodu od kurativní léčby k výhradně paliativní péči. Včasná identifikace takového pacienta, pro nějž je paliativní péče vhodná, je velmi důležitá z toho důvodu, že pacientovi díky tomu může být poskytnuta jakákoliv forma paliativní péče dříve, než zemře. Včasné zahájení paliativní péče je

¹ Česká společnost paliativní medicíny

přínosné nejen pro pacienta, ale také pro jeho blízké. Pro to, abychom mohli takového pacienta identifikovat, je nutné k tomu mít určené hodnotící nástroje.

Lékařskou indikaci pacienta k paliativní péči lze odvodit pomocí „surprise question“ – tedy „otázky na překvapení“ – a pomocí obecných a klinických indikátorů, které byly začleněny do indikačního nástroje podpůrné a paliativní péče (SPICT²). Federace paliativní péče oficiálně přeložila a přepracovala tento nástroj do indikátorů paliativní péče (PICT³).

Při řešení otázky indikace pacienta k paliativní péči by si lékař měl nejprve odpovědět na zmíněnou „otázku na překvapení“, která zní: „Byl byste překvapen, kdyby váš pacient zemřel v následujících šesti až dvanácti měsících?“ Jestliže je intuitivní odpověď na tuto otázku záporná, jedná se o první indikaci k zahájení paliativní péče. Obecné a klinické indikátory k paliativní péči (PICT) by pak měly být pokryty podrobněji.

Mezi obecné indikátory zhoršujícího se zdraví a zvýšené potřeby péče u pacienta patří např. snížená aktivita pacienta hodnocena dle Karnofského skóre, nestabilní pokročilé onemocnění pacienta, komorbidita, rozhodnutí pacienta ukončit léčbu, opakované pohotovostní hospitalizace, úbytek váhy vyšší než 10 % v posledních 3 až 6 měsících atd.

Z klinických indikátorů, ke kterým je možné přihlídnout, je to například generalizované onemocnění nereagující na protinádorovou léčbu (zhoršující se funkční abilita při progresi nádorového bujení, celková křehkost pro terapii), srdeční/cévní onemocnění (např. NYHA⁴ III/IV, závažné neoperabilní choroby periferních cév), respirační onemocnění (např. restriktivní deficit s vitální kapacitou menší než 60 % a difuzní kapacitou menší než 40 % spojenou s klidovou dušností, dlouhodobá terminální potřeba oxygenoterapie), onemocnění ledvin (např. zastavení nebo odmítnutí dialýzy, stupeň onemocnění 4–5), jaterní onemocnění (např. pokročilá jaterní cirhóza s jednou či více komplikacemi zaznamenanými v uplynulém roce, jako jsou jaterní encefalopatie, hepatorenální syndrom, bakteriální peritonitida, opakované krvácení z jícnových varixů), neurologická onemocnění (např. progresivní zhoršování psychických a/nebo

² Supportive and Palliative Care Indicators Tool

³ Palliative Care Indicator Tool

⁴ New York Heart Association

kognitivních funkcí přes poskytovanou léčbu, progresivní polykací obtíže, opakované aspirační pneumonie), demence a syndrom křehkosti (např. neschopnost sebepečce bez dopomoci, polykací obtíže, malnutrice, inkontinence moči i stolice, fraktura femuru a/nebo nedávné vícečetné pády).

Dalšími indikátory k zařazení pacienta do paliativní péče jsou jiné než výše zmíněné nepříjemné subjektivní obtíže, zejména ty, které lze těžko odstranit. Dále vztahové problémy s rodinou či osobami blízkými, které mají negativní dopad na schopnost pacienta plánovat péči či na jeho současný zdravotní stav. A v poslední řadě výskyt etických dilemat při rozhodování o další léčbě, např. neshody mezi pacientem, rodinou a ošetřujícím týmem (Feys, 2017).

2.3 Formy specializované paliativní péče v ČR

Kamenný hospic: Samostatně stojící lůžkové zařízení, které umírajícím pacientům poskytuje specializovanou paliativní péči. Péče v kamenných hospicích je poskytována zejména pacientům v preterminální či terminální fázi nevléčitelného onemocnění, obvyklá délka pobytu pacientů se pohybuje okolo tří až čtyř týdnů. Důraz je zde kladen především na individuální potřeby pacientů, jejich přání a na možnost strávit poslední chvíle života se svými blízkými.

Zařízení domácí „mobilní“ paliativní péče: V případě domácí paliativní péče je specializovaná paliativní péče poskytována v domácím či náhradním sociálním prostředí pacientům v preterminální či terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Pacient je v péči multidisciplinárního týmu, který mu poskytuje všestrannou péči formou návštěv pacienta v jeho domácím prostředí. Velký význam zde má rodina pacienta, která se obvykle aktivně podílí na péči. Podmínkou domácího hospicu je, že alespoň jeden člen rodiny bude doma s pacientem 24 hodin denně. Domácí hospic tak zaručuje trvalou dostupnost péče každý den a po celý den.

Oddělení paliativní péče v nemocnicích: Tato forma paliativní péče není u nás zatím běžnou součástí služeb nemocnic. Zahrnuje nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnic. Oddělení paliativní péče také slouží jako lůžková základna pro konziliární tým PP.

Konziliární tým paliativní péče: Ve vybraných nemocnicích působí konziliární tým, který má expertní znalosti z oblasti paliativní péče, posiluje kontinuitu péče a přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních.

Specializovaná ambulance paliativní medicíny: Pomocí ambulance paliativní medicíny je poskytována péče pacientům, kteří jsou v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Často zde dochází k úzké spolupráci s praktickým lékařem, zařízením obecné domácí péče a specializované paliativní péče.

Denní hospicový stacionář: Nabízí možnost řešení zdravotních problémů pacienta, komplexní edukační, relaxační a rekreační aktivity dle potřeb a možností pacienta, a to formou denních návštěv ve stacionáři (Sláma, Špinka, 2004).

2.4 Legislativní úprava paliativní péče v České republice

Nutným předpokladem fungování paliativní péče je její právní úprava. Považuji za důležité zmínit, že již Rada Evropy v roce 1976 apelovala na to, aby nemocným lidem byla umožněna úleva od bolesti jak v domácím prostředí, tak v nemocnici. Není možné opomenout ani Chartu umírajících z roku 1999, která vyzývá členské státy ke kvalitní paliativní péči o své občany.

Předpisem nejvyšší právní síly v České republice je Listina základních práv a svobod, která mj. upravuje právo na život, nedotknutelnost osoby, zachování lidské důstojnosti, právo na ochranu zdraví a právo na bezplatnou zdravotní péči.

Hlavním předpisem českého zdravotnického práva je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V zákoně je zmiňována mj. i paliativní péče, která je definována jako péče, jejímž hlavním úkolem je zmírnit utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.

Dalším právním předpisem vztahujícím se i k paliativní péči je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V souvislosti s tímto zákonem je nezbytné zmínit, že paliativní péče je zahrnuta v seznamu hrazených služeb, což je v souladu s Listinou základních práv a svobod, která stanoví právo občanů na bezplatnou zdravotní péči za podmínek, které stanoví zákon.

Do současné doby nebyl v České republice vydán samostatný zákon, který by upravoval paliativní péči. Mezi důležité zdroje úpravy paliativní péče je nutné zařadit Standardy paliativní péče, Standardy hospicové paliativní péče a jako poslední dokument Standardy mobilní specializované paliativní péče. Nelze opomenout Doporučení představenstva České Lékařské komory 1/2010, které se zabývá postupem při rozhodování o změně intenzivní léčby na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

2.5 Etické aspekty v paliativní péči

Vzhledem k rozsáhlosti tématu týkajícího se etických aspektů v paliativní péči jsem se rozhodla zaměřit pouze na dva z nich, a to na princip marné léčby a dříve vyslovená přání.

2.5.1 Marná léčba

S mravním dilematem tzv. marné léčby se podle Haškovcové (2007) setkáváme velmi často. Obsah pojmu sice nebyl do dnešního dne jednoznačně upřesněn, je ale zjevné, že spadá do kompetence lékařů. Rovněž Haškovcová (2007, s. 166) uvádí, že *„z etického hlediska obecně platí, že (zejména invazivní a všestranně náročná) léčba se má ukončit tehdy, kdy pacientovi nejen nepřináší žádný prospěch, ale dokonce zvyšuje jeho bolest a strádání“*.

Dle Hippokrata by právě lékař měl rozhodnout o marnosti léčby. Zároveň by si ale v duchu hippokratovské tradice měl být vědom toho, že jen někdy uzdravuje, ale vždy pečuje. Je důležité proto odlišovat pojmy marná léčba a marná péče a stanovit si, že péče nikdy marná není. Stále je důležité zajistit komfort pacienta v závěrečných fázích života např. prostřednictvím péče paliativní.

Po dlouhá staletí se vlastně o zbytečnosti či marnosti poskytované léčby nikde nemluvalo. Termín marné léčby se začal více objevovat až v posledním desetiletí v souvislosti s pokroky ve znalostech a technických vymoženostech. Tyto pokroky vedly k záchraně velkého počtu životů. Na druhou stranu však přispěly k tomu, že mnoho lidí je sice zachráněno, ale často i dlouhodobě přežívají ve stavu, který může být považován za neutěšený.

K otevření otázek ohledně marnosti léčby přispěly i změny ve smyslu většího respektu k autonomii nemocných a také řada sporů, kdy na jedné straně

lékaři odmítali přerušit léčbu nemocného, ale rodina si přála opak. V některých případech se jednalo o situaci zcela opačnou, kdy lékaři byli přesvědčeni o jasné marnosti léčby, ale rodinou byli nuceni v léčbě pokračovat.

Pokusy popsat pojem zbytečnost existují i na straně lékařů. Je za ni považována situace, kdy intervence nemá patofyziologické opodstatnění, maximální léčba selhává, tentýž postup již selhal, léčba nevede k cíli atd. Kritikové ale rozhodování lékařů o marné léčbě vnímají jako projev lékařského paternalismu a nedostatku respektu k právu nemocných, kteří se bez řádné informovanosti nemohou bránit. Podle jiných názorů by rozhodování přece mělo spočívat na posouzení osobních hodnot nebo hodnot rodiny. Kritikové opět tvrdí opak. Argumentují tím, že pacienti a jejich rodiny někdy vyjadřují neobhajitelná přání a žádosti a uspokojování jejich přání by mohlo vést k bezdůvodnému utrpení nemocného, zbytečným ekonomickým těžkostem a k zatížení svědomí lékaře, který jednal proti svému přesvědčení (Munzarová, 2005).

Konečně je nutné zmínit, že z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením a nepokračováním marné léčby. Ani jeden případ nelze zaměňovat s eutanázií či ublížením na zdraví (Doporučení představenstva ČLK č.1/2010).

2.5.1 Dříve vyslovená přání

Právní systém České republiky nabízí možnost sepsat dokument „dříve vyslovená přání“ (dále jen „DVP“). DVP je termín, kterým se označuje projev vůle osoby starší 18 let. To znamená, že každý občan starší 18 let může písemně formulovat přání a představy, jak si přeje být léčen v době, kdy o sobě nebude moci vědomě rozhodovat z důvodu nepříznivého zdravotního stavu.

Dříve vyslovená přání jsou upravena v § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a článkem 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

Dříve vyslovené přání sepisuje člověk v případě, kdy má obavy, že nebude schopen v budoucnu rozhodovat o své léčbě, a přitom již má jasno v tom, co by si přál nebo naopak nepřál. Může se tak jednat o nemocného s diagnózou, v jejímž důsledku nebude za několik let schopen o sobě rozhodovat, např. nemocný

diagnostikovaný s Huntingtonovou chorobou či s onemocněním ALS atd. I zdravý člověk se může rozhodnout sepsat DVP, a to např. kvůli obavám z nepředvídatelné životní situace. Příkladem může být situace, kdy by v případě autonehody nechtěl zůstat v kómatu po mnoho let napojen na přístroje. Se sepisováním dříve vyslovených přání se také často setkáváme u některých jedinců v pokročilé fázi nevyléčitelného onemocnění, kteří si již nepřejí prodlužovat život za každou cenu na úkor jeho kvality, a proto v konečné fázi onemocnění odmítají resuscitaci a nesouhlasí ani s převozem do zdravotnického zařízení. Preferují adekvátní léčbu bolesti a tišení utrpení v domácím prostředí.

Z právního hlediska lze DVP chápat jako pacientův informovaný souhlas nebo nesouhlas s platností do budoucna. DVP má přednost před tzv. stavem nouze. To znamená, že v případě, kdy za normálních okolností má zdravotník povinnost zachraňovat život pacienta, tak v momentě, kdy existuje DVP, kterým pacient vyjádřil nesouhlas s určitým zákrokem, a současně pacient není v rozhodnou dobu schopen o tomto zákroku rozhodovat, pak by tento zákrok neměl být proveden ani v situaci, kdy je nezbytný pro záchranu pacientova života.

Pacienti se při sepisování DVP vyjadřují ke konkrétním lékařským opatřením, a to zejména k opatřením týkajícím se nezahajování umělé výživy, nezahajování KPR, nezahajování umělé plicní ventilace atd. (Krejčíková, 2016).

Aby DVP bylo platné, musí splňovat určité podmínky dané zákonem č.372/2011 Sb. Mezi tyto podmínky patří to, že v době poskytování zdravotních služeb nastala situace, k níž se DVP vztahuje. Dále musí být splněny podmínky týkající se plnoletosti pacienta a písemné formy DVP, včetně úředně ověřeného podpisu pacienta. Pacient musí být poučen o svém zdravotním stavu a o následcích DVP. Lékař, který je k tomu poučení oprávněn, je všeobecný praktický lékař, paliatr nebo jiný lékař v oboru, s nímž DVP souvisí. Dále k podmínkám řadíme předpoklad, že pacient je v takovém stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas či nesouhlas s DVP, a poskytovatel zdravotních služeb má DVP k dispozici.

Druhou variantou je DVP vepsané do zdravotnické dokumentace, tzn., že pacient může učinit DVP při přijetí do péče poskytovatelem a kdykoliv v průběhu hospitalizace, ale v tomto případě je DVP platné pouze pro poskytování

zdravotnických služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Tento záznam musí být podepsán třemi lidmi, a to pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem. Není zde nutný úředně ověřený podpis pacienta.

Dříve vyslovené přání pacienta není nutné respektovat v případě, že od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž je toto přání vztahováno, k takovému rozvoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient za nastalé situace vyslovil souhlas s jejich poskytnutím. Každé rozhodnutí o nerespektování DVP a důvody jeho nerespektování musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace pacienta. Dále DVP nelze respektovat v případě, kdy vyzývají k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Respektovat je nelze ani tehdy, pokud by jejich splnění mohlo ohrozit jiné osoby, a v případě, že byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici DVP, započaty takové zdravotnické úkony, jejichž zastavení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti pacienta. Konečně, aby mohlo být DVP uznáváno, musí se jednat o zletilého pacienta s neomezenou svéprávností.

3. Zařízení mobilní specializované paliativní péče (MSPP)

Domácí hospice zajišťují pod odborností 926 specializovanou paliativní péči a nabízejí nepřetržitou dostupnost lékaře specialisty a sestry, potřebné léky, vybavení a další služby poskytované multidisciplinárním týmem. Služby jsou poskytovány tak, aby nemocný mohl závěr života strávit ve svém sociálním prostředí v kruhu svých blízkých. Podmínkou přijetí pacienta do mobilního hospice je přítomnost blízké osoby, která je zodpovědná za trvalý dohled nad pacientem, a ukončení aktivní kurativní léčby (Houska, Kořenek, Demo a kol., 2018).

Zařízení mobilní specializované paliativní péče (dále jen „MSPP“) vychází z přání a individuálních potřeb pacienta, klade důraz na kvalitu života, na důležitost rodiny a přátel. Vytváří zejména důstojný prostor, ve kterém smrt a umírání neznamenaají utrpení, strach a osamělost. Řídí léčbu bolesti a dalších symptomů, které provázejí nevyléčitelná onemocnění. Zaškoluje v oblasti ošetrovatelství osoby, které o nemocného pečují, a zároveň jim poskytuje podporu. Zapůjčuje kompenzační a ošetrovatelské pomůcky. Je nablízku

v momentě, kdy se objeví nejistota, osamělost či vyčerpání. Kooperuje s ošetřujícími a praktickými lékaři a díky tomu pomáhá kvalifikovaně zajistit tělesnou a psychosociální pohodu pacienta. MSPP je schopné v případě potřeby obstarat péči dobrovolníků a odlehčovacích asistentů. V případě nemocných, jejichž blízcí nejsou schopni převzít pacienta do každodenní péče, může MSPP přijmout pacienta a poskytovat mu léčbu přidružených symptomů onemocnění po tak dlouhou dobu, dokud je pro pacienta péče bez přítomnosti pečující osoby bezpečná. Během této doby se s pacientem domlouvá a s předstihem plánuje přesun do lůžkového zařízení. V neposlední řadě poskytuje kontakty a informace, které souvisejí s péčí o umírajícího (Cesta domů, 2019).

3.1 Historie MSPP

Výraz hospic pochází z latinského slova *hospitium* a znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, které byly rozmístěny při cestách a poutníci v nich mohli nabrat síly na další úsek obtížné a daleké cesty. Hospic byl většinou řízen člověkem, který vedl nejenom hostinec, ale vyznal se i v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval na základní úrovni vše, co můžeme nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem.

Další zmínka o hospicu pochází z poloviny 18. století. Tehdy byla z iniciativy Mary Aikdenheadové v Dublinu v Corku otevřena zvláštní nemocnice pro umírající, která byla nazvána hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity.

Dalším rokem, který určitě stojí za zmínku, je rok 1905 – kdy příslušnice Charity irských sester uvítaly první nemocné v St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna.

Už v roce 1859 Angličan Wiliam Rathbone vypracoval a uvedl do praxe první návrh domácí péče. Vyškolené zdravotní sestry docházely do domovů k nemocným lidem.

V Americe podobná pečovatelská služba vznikla o 20 let později. Roku 1885 došlo k založení první dobrovolné domácí agentury v Buffalu, jejímž prostřednictvím byla domácí péče realizována laickými ošetřovateli. Tato forma pomoci nemocným a jejich blízkým získala označení návštěvní služba a velice

rychle se rozšířila. Domácí péče se ale začala více rozvíjet až v posledních letech, a to ve spojitosti s hospicovým hnutím (Haškovcová, 2007).

Historicky vzato o nemocné a umírající odjakživa pečovala především rodina v domácím prostředí. Umírání tedy mělo charakter sociálního aktu a díky tomu každý člen rodiny věděl, že nezemře opuštěn. Zkušenosti i znalosti, jak doprovázet umírajícího člena rodiny, přecházely z generace na generaci a poskytovaná péče byla především laická. Během 19. století a ještě počátkem 20. století mezi běžnou povinností rodinného lékaře patřilo také tišení bolesti umírajících (Misconiová, 1998).

V polovině 20. století v západní Evropě došlo ke změnám v medicíně a zdravotní péče. Pokroky v medicíně přinesly nové léčebné metody a postupy. Důraz byl kladen zejména na uzdravení a rehabilitaci. Umírající pacienti byli proto považováni za selhání lékařské praxe. Smrt a umírání v nemocnici se stávaly normou a nahradily tradiční domácí model umírání (Kisvetrová, 2018). V tomto období se rozvíjí hospicové hnutí, jehož propagátorkou byla Angličanka Cicely Saunders. Ta roku 1967 v Londýně založila první hospic moderního typu St. Christopher's Hospice a stanula v jeho čele. Cicely Saunders působila původně jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, později si doplnila lékařské vzdělání. Již v mládí byla přesvědčena, že umírající potřebují specifickou péči a že je navíc možné je uchránit od utrpení. Hnutí se vzápětí rozšířilo nejen po celé Británii, ale i do jiných zemí.

Co se týče historie mobilních hospiců v České republice, tak lze konstatovat, že je poměrně krátká. Až v roce 1991 byla sestavena pracovní skupina pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče při Ministerstvu zdravotnictví. Tato skupina vypracovala základní teze koncepce domácí hospicové péče, které byly včleněny do metodických pokynů upravujících náplně činnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků poskytujících domácí hospicovou péči.

Téhož roku Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR umožnilo na základě vyhlášky MPSV č. 128/91 Sb., která upravuje poskytování sociální péče a pomoci, poskytovat finanční úhradu i nestátním subjektům. Tím došlo k otevření možnosti nabízet sociální péči a pomoc umírajícím agenturami domácí péče a

charitativními organizacemi. V tomtéž roce vznikly s podporou ministerstva zdravotnictví experimentální agentury domácí péče, které byly roku 1992 rozšířeny o první nestátní agentury domácí péče. Domácí zdravotní péče je od roku 1993 hrazena ze zdravotního pojištění. Agentury domácí péče poskytují tedy od roku 1993 v rámci své činnosti domácí hospicovou péči umírajícím i jejich blízkým (Misconiová, 1998).

V této kapitole nelze opomenout lékařku Marii Svatošovou, která založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí s názvem Ecce Homo (Ejhle člověk). Ecce Homo prosazuje práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti; také a zejména se snaží podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice. Marie Svatošová také založila první kamenný hospic v České republice, a to roku 1995. Jedná se o Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl vybudován ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové.

Zastřešující organizací pro paliativní a hospicovou péči je Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, založená v roce 2005. Postupně dochází k výstavbě mnoha dalších hospiců – jak kamenných, tak mobilních (Haškovcová, 2007).

K dispozici jsou také již Standardy domácí paliativní péče, které vznikly na podkladě zahraničních materiálů. Za první specializovanou ambulantní mobilní jednotku paliativní péče u nás je považován mobilní hospic, který byl založen v roce 2001 v Praze a který vznikl z iniciativy Hospicového občanského sdružení Cesta domů. Nejdříve zahájila svou činnost Poradna domácí hospicové péče Cesty domů (2001), návazně pak byl uveden do provozu Domácí hospic jako pilotní projekt ministerstva zdravotnictví v roce 2003. Od roku 2005 má Cesta domů statut nestátního zdravotnického zařízení (Haškovcová, 2007).

3.2 Současnost MSPP

Tabulkou č. 1 jsem chtěla nastínit aktuální situaci MSPP v jednotlivých krajích. Tabulka udává počet obyvatel a počet poskytovatelů MSPP v jednotlivých krajích. Z výsledků, které udávají počet obyvatel na jeden mobilní hospic, je zřejmé, že situace s počty obyvatel na jeden mobilní hospic je

v jednotlivých krajích rozdílná. Nejhorší je v tomto směru situace v Libereckém kraji a v Hlavním městě Praze, naopak a nejvyšší počet mobilních hospiců na počet obyvatel je v Kraji Vysočina.

Tabulka č. 1 – počet obyvatel na jeden mobilní hospic v jednotlivých krajích

Kraj	Počet obyvatel	Počet mobilních hospiců	Počet obyvatel na jeden mobilní hospic
Liberecký kraj	443 690	1	443 690
Hlavní město Praha	1 324 277	3	441 426
Plzeňský kraj	589 899	2	294 950
Ústecký kraj	820 965	3	273 655
Moravskoslezský kraj	1 200 539	6	200 090
Jihomoravský kraj	1 191 989	7	170 284
Olomoucký kraj	632 015	4	158 004
Středočeský kraj	1 385 141	11	125 922
Královéhradecký kraj	551 647	5	110 329
Pardubický kraj	522 662	5	104 532
Karlovarský kraj	294 664	3	98 221
Jihočeský kraj	644 083	7	92 012
Zlínský kraj	582 555	7	83 222
Kraj Vysočina	509 813	7	72 830

Zdroj: <https://www.czso.cz/documents/10180/121739326/1300722001.pdf/3554a4b2-118f-46ae-9105-8764faa1d6eb?version=1.1>, <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.547/15.496>

3.3 Právní normy, požadavky na poskytovatele a financování MSPP

3.3.1 Právní normy týkající se MSPP

MSPP upravuje celkem 22 níže uvedených právních norem.

- Úmluva o ochraně lidských práv s aplikací biologie a medicíny
- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách k výkonu nelékařských zdravotnických povolání

- Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě
- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví
- Vyhláška č. 39/2005 Sb., o požadavcích na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb.
- Vyhláška č. 423/2004 Sb., o kreditním systému k vydání osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. a vyhlášky č. 4/2010 Sb.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách
- Vyhláška č. 189/2009 Sb., o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému

(Jelínková, 2014)

3.3.2 Požadavky na poskytovatele MSPP

Požadavky na poskytovatele MSPP jsou upraveny metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování MSPP, uveřejněným ve Věstníku MZ ČR č. 13/2017.

Mezi tyto požadavky patří zejména to, že poskytovatel splňuje nároky na věcné a technické vybavení v souladu s vyhláškou č. 92/2012 Sb. Zároveň musí být držitelem oprávnění k poskytování zdravotnických služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti a všeobecná sestra podle zákona č. 372/2011 Sb., musí pracovat v režimu nepřetržitě dostupné péče „24/7“ a splňovat minimální personální požadavky podle vyhlášky č. 99/2012 Sb.

Požadavky na personální zabezpečení MSPP zahrnují 0,2 úvazek lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, dále 1,0 úvazek lékaře se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína, a nakonec 5,0 úvazků oboru všeobecná sestra způsobilá k výkonu bez odborného dohledu. V případě, kdy je domácí péče poskytována dětem do tří let, musí být také zajištěna alespoň jedna dětská sestra (Věstník MZ ČR č.13/2017).

3.3.3 Financování MSPP

Od ledna 2018 mají zdravotní pojišťovny možnost nasmlouvat MSPP na základě nové úhradové vyhlášky a seznamu zdravotních výkonů. Výkony týkající se MSPP byly zařazeny pod novou odbornost 926.

Výše úhrady za MSPP ze zdravotního pojištění se liší v závislosti na závažnosti celkového zdravotního stavu pacienta. Pacienti v terminálním stádiu nemoci se rozdělují do dvou kategorií pomocí PPS (Palliative Performance Scale), která u pacienta hodnotí ústřední parametry, mezi něž patří např. pohyblivost, aktivita, symptomy nemoci, soběstačnost atd. Škála je vyjádřena v procentech, přičemž 100 % se rovná plnému zdraví a 0 % se rovná smrti pacienta. Do MSPP v rámci odbornosti 926 mohou být do péče zařazeni pouze pacienti, jejichž PPS je maximálně 40 %. Pacienti se dále dle výsledků PPS, ESAS či MMSE zařazují do kategorií „nestabilní pacient“ nebo „nestabilní pacient se závažnými symptomy“. Rozdíl mezi těmito dvěma kategoriemi vysvětlují v kapitole 3.4.

Úhrada péče se provádí formou agregovaných výkonů na jedno rodné číslo a jeden ošetrovací den. Jedná se o výkony 80090 – agregovaný výkon pro klinicky

nestabilního pacienta a 80091 – agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy. Úhrada MSPP za jeden ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta se pohybuje okolo částky 1 198 Kč, zatímco úhrada MSPP za jeden ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy činí 1 522 Kč.

V agregovaných výkonech 80090 a 80091 je zahrnuta platba za veškerou poskytnutou zdravotní péči, kam patří např. výkony lékaře a sestry, spotřebovaný materiál, léčba souvisejících komplikací atd.

Délka poskytování MSPP v plné výši úhrady u dospělých pacientů je limitována systémem úhrad nastaveným zdravotními pojišťovnami na 30 dnů od zahájení péče. Poskytování MSPP je možné prodloužit až na 60 dní, přičemž ale výše úhrady od zdravotních pojišťoven klesá po třicátém dni na 50 %. U dětských pacientů je délka péče stanovena na 90 dní s maximální délkou péče 180 dní. Toto časové omezení je problematické zejména u pacientů s jinou než onkologickou diagnózou, kteří mohou vyžadovat specializovanou paliativní péči v delší časové dotaci.

Poskytovatelé MSPP však narážejí také na další problém, a sice ten, že výše úhrad za výkony 80090 a 80091 je nižší než reálná cena péče, která vychází cca na 1 900 Kč na pacienta na den. Rozdíl pak musí dorovnávat zařízení MSPP z jiných zdrojů. Financování MSPP je tedy vícezdrojové.

Vícezdrojové financování MSPP se skládá z prostředků poskytnutých zdravotními pojišťovnami, dále z dotací a grantů krajských, městských a obecních úřadů. Jeden ze zdrojů mohou také tvořit sponzoři a dárci. Někteří poskytovatelé MSPP požadují po pacientech paušální poplatek za péči na den (Loučka, Poláková, 2018).

3.4 Cílová skupina MSPP a její indikace

Cílovou skupinou k indikaci MSPP jsou pacienti, kteří chtějí prožít závěr života ve svém sociálním prostředí a současně z důvodu jejich zhoršujícího se stavu (např. klinické nestability, rychle se měnících nároků na objem péče atd.) již není možné, aby odpovědnost za nepřetržité zajištění péče ve vlastním sociálním převzal registrující lékař (s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické

lékařství, popř. praktické lékařství pro děti a dorost) či lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, a to ani v kooperaci s agenturou domácí péče.

Co se týče klinického hlediska, tak MSPP je určena především nemocným, jejichž zdravotní stav neumožňuje pouhé ambulantní kontroly a jejichž symptomatická zátěž již vyžaduje trvalou dostupnost služby lékaře specialisty a současně si žádá také akutní skokové navyšování ošetrovatelské péče bez ohledu na denní dobu. Nejčastěji se jedná o onemocnění nádorová, neurodegenerativní, konečná stadia chronických orgánových onemocnění atd.

Doporučuje se, aby se indikace pacienta pro MSPP zakládala zejména na PSS (Palliative Performance Scale), která umožňuje klasifikovat pacienty podle míry funkčního omezení způsobeného nemocí. Do MSPP jsou zařazováni pacienti s hodnotou PSS 40 % a méně. Jedná se o pacienty, kterým jejich zdravotní stav již neumožňuje docházet na ambulantní kontroly.

Mezi další používanou stupnici v MSPP patří ESAS (Edmonton System Assessment Scale). Ta vyhodnocuje devět symptomů, které nejčastěji postihují nevyléčitelně nemocné pacienty. Pro ty pacienty, kteří nejsou schopni verbalizovat své obtíže, se využívá škála MSSE (Mini Suffering State Examination), která slouží k hodnocení jejich utrpení. Do MSPP je dále indikován nestabilní pacient, což je pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu ($PSS \leq 40\%$), který je dle ESAS nebo MSSE léčen nejvýše pro dva symptomy vyžadující pravidelnou farmakoterapii. Rovněž sem lze zařadit nestabilního pacienta se závažnými symptomy; v tomto případě se jedná o pacienta s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu ($PSS \leq 40\%$), který je dle ESAS nebo MSSE léčen pro tři a více závažných symptomů vyžadujících pravidelnou farmakoterapii a z důvodu kolísavé intenzity symptomů také časté (více než 1x denně) záchranné dávky medikace. Mezi doplňkové nástroje pro klinickou rozvahu o zařazení do péče a její plánování jsou PaP (Palliative Prognostic Score), D-PaP (Dementia Palliative Prognostic Score), PPI (Prognostic Palliative Index).

Pediatrickí pacienti mohou být též přijati do MSPP a využívá se u nich mj. škála Paediatric Palliative Screening Scale či Paediatric Palliative Scoring Scale (PaPaSScale).

MSPP může indikovat pouze lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Nemocný nebo jeho blízcí mohou podat žádost o přijetí do MSPP přímo poskytovateli MSPP a v případě, že nemocný splní výše uvedená indikační kritéria, bude do MSPP přijat. Následně, v případě přijetí, oznámí poskytovatel tuto skutečnost registrujícímu lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie i relevantním ambulantním specialistům (Věstník MZ ČR č. 13/2017).

3.5 Multiprofesní tým MSPP

Základ multiprofesního týmu mobilní paliativní péče je obvykle složen z lékaře, sestry a sociálního pracovníka. Mezi další důležité členy týmu se řadí psycholog s atestací v oboru klinická psychologie či psychoterapeut a duchovní. Je doporučováno, aby členem týmu byli také fyzioterapeut, ergoterapeut, arteterapeut, nutriční specialista, klinický farmaceut, koordinátor dobrovolníků a pracovník v sociálních službách.

Multiprofesní tým na základě vyhodnocených individuálních potřeb pacienta a jeho blízkých realizuje a stanovuje plán paliativní péče, do kterého zahrnuje nejen farmakologické, ale také nefarmakologické postupy k tlumení příznaků nemoci. Tým v průběhu péče o pacienta průběžně komunikuje s rodinou i s pacientem, stanovuje a přehodnocuje jednotlivé cíle péče (zpravidla formou jednou týdně konaných setkání členů týmu, kteří pečují o pacienta a jeho blízké). Tým též spolupracuje s odborníky různých profesí a využívá možnost konzultací.

Dokumentace o činnostech multiprofesního týmu je vedena jednotlivými profesemi, jež pečují o pacienta, a je dostupná všem členům týmu. Zdravotní členové týmu (zdravotní sestra, lékař) jsou v zařízení mobilní paliativní péče dostupní 24 hodin denně. Dostupnost ostatních členové týmu je zajištěna dle individuálních potřeb pacienta.

Multiprofesní tým spolupracuje i s jinými ošetřujícími lékaři (např. praktickým lékařem) a zajišťuje správný průběh paliativní péče, zvláště při nutnosti změny místa poskytování péče (např. neodkladná hospitalizace pacienta).

Důležitá je také spolupráce týmu s pečujícími osobami – neformálními pečujícími. Ti mají k dispozici pohotovostní číslo na profesionála týmu pro případ potřeby.

Nakonec je nutné zmínit, že nedílnou součástí práce týmu je komunikace s pacientem, jeho blízkými, ostatními pečujícími a službami podílejícími se na péči (Uhlíř, Svoboda, Mazancová a kol., 2019).

3.5.1 Role jednotlivých členů týmu

Lékař v MSPP: Ošetřující lékař nemocného v rámci multiprofesního týmu zodpovídá zejména za hodnocení stavu nemocného a jeho léčbu, současně koordinuje poskytování paliativní péče podle aktuálního léčebného plánu. Informuje ostatní specialisty, u kterých je pacient veden, o předpokládané limitované prognóze a cílech paliativní péče. Má v kompetenci sdělovat nemocnému a jeho blízkým s ohledem na jejich potřeby a možnosti současný stav nemoci, jeho vývoje a prognózy.

Sestra v MSPP: viz 3.6.2

Psycholog v MSPP: Psycholog či psychoterapeut hodnotí jak u nemocného, tak u jeho blízkých psychický stav, psychické reakce, přítomnost a míru psychických symptomů a jevů (např. deprese, suicidální tendence). Za spoluúčasti nemocného nebo jeho blízkých sestavuje další plán podpůrné či psychologické péče. Průběžně označuje hlavní potřeby nemocného i jeho blízkých a snaží se je naplňovat. Bere zřetel na komunikaci ve smyslu pacienta a rodiny i ve smyslu pacienta, rodiny a multiprofesního týmu. K dispozici je také členům multiprofesního týmu, jimž poskytuje podporu při komunikaci s nemocným a jeho blízkými. Snaží se nemocnému i pečujícím poskytnout co možná nejlepší podporu, která v dané situaci reflektuje stav a potřeby klienta (např. edukace klienta, krizová intervence). Své služby nabízí i truchlícím pozůstalým; poskytuje jim podporu.

Sociální pracovník v MSPP: Vyhodnocuje psychosociální situaci pacienta (provádí např. vyhodnocování ekonomického zajištění a potřeb, identifikaci individuálních potřeb pacienta atd.) a jeho blízkých. Společně s multiprofesním týmem plánuje péči, účastní se multiprofesních porad, posiluje,

podporuje a vytváří sociální síť klienta. Utváří *case management*, což je nástroj sloužící k řízení týmové práce při řešení problému. Poskytuje psychosociální podporu, edukaci a podpůrnou péči o pacienta a blízké. Zajišťuje administrativní spolupráci s úřady, sociální poradenství, respitní péči a koordinaci této služby s cílem prevence vyčerpání neformálních pečujících. Podílí se na krizové intervenci a podpoře při řešení konfliktů v rámci blízkých vztahů. Následně působí v oblasti péče o pozůstalé, poradenství a asistence při přípravě pohřbů a podpoře truchlících blízkých.

Duchovní v MSPP: V rámci specializované paliativní péče má duchovní péče nezastupitelnou roli. Členem multiprofesního týmu je kvalifikovaný pracovník v oblasti duchovní péče, která poskytuje pomoc a péči odpovídající individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám. Duchovní péče nemusí být poskytována pouze pacientovi, ale na základě zájmu je přístupná též rodinným příslušníkům či blízkým pacienta a pozůstalým (Uhlíř, Svoboda, Mazancová a kol., 2019).

3.6 Sestra v mobilní specializované paliativní péči

3.6.1 Kvalifikační předpoklady

Požadované vzdělání sester působících v MSPP je zmíněno např. v Metodickém pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování MSPP a také v Registračních listech MZ ČR pro kód 80090 a 80091, které určují sestru s kvalifikací S2 – tzn., že náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, tj. všeobecné sestry (Věstník MZ ČR č. 13/2017, Registrační listy zdravotních výkonů MZ ČR, zákon č. 134/1998 Sb.).

Všeobecnou sestrou způsobilou k výkonu bez odborného dohledu je dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, a dle vyhlášky 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, osoba, která byla přijata na studium ošetrovatelství (obor všeobecná

sestra), toto studium úspěšně ukončila a získala profesní uznání, je registrována ve svém státě a má povolení vykonávat tuto profesi.

Co se týče postgraduálního vzdělání sester v paliativní péči, tak od dubna 2015 mají zdravotní sestry možnost absolvovat akreditované specializované vzdělání pod NCO NZO⁵ na postgraduální úrovni. Jedná se o certifikovaný kurz pod názvem „Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči“, jehož povinnou součástí jsou i stáže v hospicu (Cabrnich, Dušánková a kol., 2016). Do vzdělávacích programů specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb. byl v roce 2019 zařazen vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra – domácí a hospicová péče, díky němuž lze získat specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro domácí a hospicovou péči.

Dle stanoviska České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP k otázce ambulantní a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v ČR ze srpna roku 2016 by všechny sestry v zařízení MSPP měly absolvovat akreditovaný kurz paliativní péče v minimálním rozsahu 30 hodin, např. ELNEC⁶ (Kabelka, Sláma, 2016).

3.6.2 Činnosti sestry v mobilní specializované paliativní péči

Hlavní činností sestry v MSPP je předvídání a minimalizování rizik, která se podílejí na vzniku komplikací, a to prostřednictvím zajištění bezpečného prostředí, péčí o invazivní vstupy či rány, polohováním, přiměřenou hydrataci, kontrolou fyziologických funkcí a uskutečňováním stanoveného plánu péče. Mezi nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů v paliativní péči se řadí sledování jednotlivých symptomů nemoci (bolest, dušnost, zácpa atd.) a jejich léčba dle ordinací ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Dále se sestra podílí na psychické, emocionální a sociální podpoře nemocného i jeho blízkých (Uhlíř, Svoboda, Mazancová a kol., 2019).

⁵ Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

⁶ ELNEC (Education Of Life Nursing Education Consortium). Jedná se o mezinárodně respektovaný intenzivní vzdělávací kurz paliativní péče určený pro všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života. Kurz vznikl v roce 2000 v USA a od roku 2011 je pořádán také v ČR. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/kurz-elnec>

3.7 Postup při úmrtí nemocného v domácí péči

V případě úmrtí pacienta v domácím prostředí pečující člen rodiny kontaktuje sestru z domácího hospicového týmu ve službě, řídí se jejími pokyny a připraví občanský průkaz zemřelého, průkaz pojištěnce, rodný list a lékařské zprávy. Sestra zpravidla vyjíždí k rodině a zemřelému. Po sesterském posouzení úmrtí pacienta uvědomí sestru sloužícího lékaře (např. praktický lékař, lékař zdravotnické záchranné služby, koroner) o smrti pacienta. Lékař po svém příjezdu může jako jediná kompetentní osoba konstatovat smrt (Prokopová, Špinková, 2015).

Sestra se po odjezdu lékaře postará o tělo zemřelého (např. odpojí dávkovač kyslíku, vyjme cévku, případně další vstupy do těla). Uloží zemřelého do vodorovné polohy, bez polštáře nebo jen s malým polštářkem pod hlavou. Pokud je potřeba, zavře oční víčka a dbá na to, aby byla zavřená i ústa. Jestliže si rodina přeje tělo zemřelého umýt, sestra tak učiní. Popřípadě pokud pozůstali projeví přání, nechá tuto činnost na nich. To samé se týká i oblékání těla. Šperky či zubní protézy ze žlutého kovu, které rodina ponechá zemřelému, musí být lékařem uvedeny v listu o prohlídce zemřelého. Na závěr otevře okno, ztlumí topení a navrhne rodině kontaktovat další příbuzné, aby se popřípadě mohli se zemřelým rozloučit. Sestra také může příbuzným doporučit, jakým způsobem se rozloučit (např. sedět kolem lůžka, vyprávět si o zážitcích se zemřelým, vzít jej za ruku, poděkovat a rozloučit se).

Co se týče odvozu zemřelého, vybírá pohřební službu většinou člen rodiny zemřelého, popř. může být doporučena sestrou mobilního hospicu. Pohřební služba nemusí být volána ihned po ohledání těla lékařem, ale měla by být zavolána nejpozději v tom okamžiku, kdy bylo umožněno rozloučení všem příbuzným žijícím i v jiných lokalitách. Pohřební služba následně odveze zesnulého a vezme s sebou všechny zbývající kopie listu o prohlídce zemřelého (Marková a kol., 2015).

3.8 Péče o pozůstalé po úmrtí pacienta v domácí péči

Součástí komplexní práce týmů působících v paliativní péči je nejenom péče o pacienta, ale také péče o pozůstalé po pacientově úmrtí. Ošetřující personál

je náležitě vzdělán k tomu, aby uměl pomoci v doprovázení nemocných a jejich rodin.

Po smrti blízkého člověka pozůstalí prožívají šok, otřes, a to i v případě, že úmrtí bylo očekávané. V tuto chvíli je důležité pozůstalým poskytnout dostatek času v klidném prostředí, nechat prostor na otázky a umožnit jim projevit své pocity (Marková, 2010).

Pozůstalým je ze strany hospicu nabídnuta např. možnost kontaktu s psychologem, sociálním pracovníkem, duchovním, popř. jiná forma podpory. Mezi možnosti další podpory patří např. individuální podpora a poradenství, odborná psychoterapie, svépomocné skupiny, anonymní podpora prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu atd.

Pozůstalí se se ztrátou svého blízkého vyrovnají často bez nutnosti zvláštní intervence zdravotníků během několika měsíců. U některých jedinců se však můžeme setkat s komplikovaným truchlením, které se manifestuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku a dalšími komplikacemi (např. deprese, některé psychosomatické poruchy). Těmto jedincům je pak aktivně nabízena cílená péče s různými formami podpory (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007).

Ošetrovatelská část

4. Ošetrovatelský model Virginie Henderson

Model Virginie Henderson je známý jako „model základní ošetrovatelské péče“. Základní ošetrovatelská péče je péče, kterou vyžaduje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu, je odvozená z individuálních potřeb pacienta a je ovlivněná podmínkami (věkem, kulturou atd.) a patologickým stavem.

Hlavním cílem ošetrovatelství dle Virginie Henderson je udržení jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí, tak aby byl schopný žít plnohodnotný život. Sestra se tedy snaží pomocí činností nahrazujících, doplňujících, podporujících nebo zvyšujících (sílu, vůli či vědomosti) rozšířit rozsah nezávislosti jednotlivce při uspokojování potřeb. Výsledkem ošetrovatelství je tedy obnovení co největší nezávislosti jedince při uspokojování svých potřeb nebo pokojná smrt. V situacích, kdy vlastní potenciál jedince nestačí, nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí.

Podle Virginie Henderson jsou lidé tvořeni čtyřmi základními složkami, a to biologickou, psychickou, sociální a duchovní. Tyto složky jsou souhrnem čtrnácti základních potřeb. Z nich sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti jedince, zároveň zhodnotí konkrétní podmínky a patologický stav pacienta a na základě toho plánuje individuální plán péče. Jedná se o následující potřeby.

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů
11. vyznání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívá dostupných zdravotnických zařízení

(Pavlíková, 2006)

5. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je definován jako systematický přístup v péči o nemocného, který využívá základní principy kritického myšlení, přístupy k léčbě zaměřené na pacienta, úkoly zaměřené na cíle, doporučení praxe založené na důkazech (EDP⁷) a ošetrovatelskou intuici.

Funguje jako systematický průvodce péčí zaměřenou na pacienty s pěti po sobě jdoucími kroky, jimiž jsou posouzení nemocného, ošetrovatelská diagnóza, plánování ošetrovatelské péče, realizace ošetrovatelského plánu a zhodnocení efektu poskytované péče.

Prvním krokem je posouzení stavu pacienta a zahrnuje dovednosti kritického myšlení a sběr subjektivních i objektivních dat.

Druhým krokem je formulace ošetrovatelských diagnóz pomocí klinického úsudku. Formulace ošetrovatelských diagnóz je velkým „pomocníkem“ při plánování a realizaci péče o nemocného. Severoamerická asociace sester (NANDA⁸) poskytuje sestřám aktuální seznam ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelská diagnóza je podle NANDA definována jako klinický úsudek o reakcích na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy pacienta, rodiny nebo komunity. V ošetrovatelské diagnóze je zahrnuta Maslowova hierarchie potřeb, která pomáhá se stanovením priorit a s plánováním péče na základě výsledků zaměřených na pacienta.

⁷ Evidence-Based Practice in Nursing

⁸ The North American Nursing Diagnosis Association

Třetím krokem je plánování ošetrovatelské péče. V této fázi jsou na základě pokynů praxe založené na důkazech formulovány cíle a výstupy, které mají přímý dopad na péči o pacienta. Tyto cíle jsou specifické pro každého pacienta a jejich dosažení pomáhá zajistit pozitivní výsledek péče. Plány péče o nemocného poskytují směr pro individuální péči přizpůsobenou individuálním potřebám jednotlivce. Při stavbě plánu péče hraje roli celkový stav a komorbidita nemocného. Plány péče zlepšují komunikaci, dokumentaci a kontinuitu v celém zdravotnickém systému. Každý cíl péče by měl být specifický, měřitelný, dosažitelný, realistický a časově orientovaný.

Po splnění všech předchozích kroků sestra přechází k samotné realizaci ošetrovatelského plánu. Realizace je krokem, který zahrnuje akci nebo jednání a skutečné provedení ošetrovatelských intervencí uvedených v plánu péče. Tato fáze vyžaduje ošetrovatelské zásahy, jako jsou například použití srdečního monitoru nebo kyslíku, přímá nebo nepřímá péče, podávání léků, standardní léčebné protokoly a standardy EDP.

Posledním krokem je zhodnocení efektu ošetrovatelské péče. Tento krok je nezbytný pro pozitivní výsledek péče o nemocného. Kdykoliv poskytovatel zdravotní péče zasahuje nebo provádí péči, musí v průběhu tohoto procesu přehodnocovat a vyhodnocovat svůj plán péče a eventuálně upravovat její cíle tak, aby bylo pokud možno zajištěno dosažení požadovaného výsledku (Toney-Butler, Thayer, 2019).

6. Údaje o nemocném

Klienta, o němž pojednává má bakalářská práce, jsem ošetrovala v jeho domácím prostředí prostřednictvím domácí hospicové péče LADARA v Karlových Varech. Informace o zdravotním stavu pacienta jsem získávala jednak přímo od něho či od jeho rodinných příslušníků, jednak od zdravotnických pracovníků hospicu a ze zdravotnické dokumentace.

Pacient:	J. Š.
Pohlaví:	muž
Narozen:	1956
Věk:	63 let

Zařízení: mobilní hospicová péče
Den přijetí: 30. 1. 2020 v 15:30
Doba mého ošetřování: 13. 2. 2020 – 11. 3. 2020

Pana J. Š. jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala na základě prostudování zdravotnické dokumentace jednotlivých klientů mobilního hospicu LADARA. Tento klient mě zaujal zejména tím, že mu bylo diagnostikováno nádorové onemocnění, se kterým jsem se dosud nesetkala. Zároveň jsem měla možnost se blíže seznámit s ošetrovatelskou péčí o invazivní vstupy v domácím prostředí. Svůj výběr jsem následně zkonzultovala s vrchní sestrou, která mi potvrdila vhodnost mého výběru i z pohledu rodiny, která o klienta pečovala. Rodina i pan J. Š. ochotně vyhověli mému požadavku – vyjádřili souhlas s tím, abych mohla o panu J. Š. a členech jeho rodiny pojednávat ve své práci.

Nyní mohu zpětně konstatovat, že výběr klienta byl opravdu správný, neboť pan J. Š. i jeho rodina se mnou spolupracovali a jejich postoj vůči mně byl velice vstřícný. Návštěvy probíhaly v přátelské atmosféře. Byla jsem a stále jsem jim vděčná, že mě vlídně přijali.

6.1 Lékařská anamnéza a diagnóza

Nynější onemocnění: 63letý polymorbidní pacient s nádorovou duplicitou: středně diferenciovaný spinocelulární karcinom oropharyngu se zavedeným PEG a tracheostomií.

Hlavní diagnózy

C01, zhoubný novotvar kořene jazyka

Vedlejší Dg

C771, sekundární a neurčité ZN – nitrohruční – intratorakální – mízní uzliny

C098, ZN - léze přesahující mandli

R041, krvácení z hrdla

Z931, gastrostomie

Z930, tracheostomie

Osobní anamnéza

Pacient trpí arteriální hypertenzí, hyperurikémií, hepatopatií, hypercholesterolemií a hypothyreózou.

2012 Stp. resekci středně diferenciovaného spinocelulárního Ca oropharyngu a následně nasazena onkologická terapie.

12/2018 Stp. subtotální glosektomii a rekonstrukci myopektorálním lalokem pro spinocelulární Ca oropharyngu.

Stp. tracheotomii se zavedením tracheostomické kanyly.

Stp. perkutánní endoskopické gastrostomii.

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná.

Alergologická anamnéza

Klient je alergický na paracetamol.

Abusus

Pan J. Š. 30 let kouřil cca krabičku cigaret denně, alkohol užíval příležitostně.

Pracovní anamnéza:

Klient je nyní v důchodu, dříve pracoval u Českých drah jako strojvedoucí.

Sociální anamnéza:

Pan J. Š. žije s manželkou a dvěma dcerami v rodinném domě, nyní je v péči rodiny a mobilního hospicu LADARA v Karlových Varech.

Farmakologická anamnéza:

Viz paliativní medikace.

SOS medikace

Veškerou p. o. medikaci u pacienta podávat do PEG, tablety drtit.

Bolest: Sevredol 20 mg tbl. až 6x denně nebo 2% morfinový sirup 10–40 kapek až 6x denně (nutno uchovávat v lednici) nebo 1 amp. morfin 20 mg s.c. až 6x denně

Bolest kostí, kloubů, svalů a hlavy: Indometacin 100 mg supp. per rectum 1x denně nebo Novalgin 500 mg tbl. až 4x denně nebo Ketonal retard 100 mg tbl. 1-0-0 až 1-0-1 nebo 1 amp. Ketonal 100 mg s.c. či i.m. až 2x denně nebo 1 amp. 2 ml Novalgin 500 mg/ml s.c. či i.m. až 3x denně

Dušnost: 2% morfinové kapky 10–15 kapek až 4x denně nebo 1 amp. morfin 10 mg s.c. až 4x denně

Krvácení v dutině ústní: Exacyl 500 mg tbl. 1-1-1 až 3x2 tbl. drtit do PEG nebo 1 amp. Dicynone 250 mg i.m. až 3x denně

Neklid, zmatenost: Haloperidol 2 mg/ml 20–25 kapek až 3x denně nebo 1 amp. Haloperidol 5 mg s.c. až 2x denně nebo 1 amp. Tiapridal 100 mg s.c. až 5x denně

Nevolnost, zvracení: Degan 10 mg tbl. či 1 amp. s.c. či i.m. až 4x denně nebo Torecan 6,5 mg čípek do konečníku či 1 amp. s.c. až 4x denně nebo Haloperidol kapky 2 mg/ml 8 kapek až 3x denně nebo 1 amp. Ondansetron 8 mg s.c. až 2x denně

Zácpa: glycerinový čípek do konečníku dle potřeby nebo Laxygal, Fructolax, Guttalax, Bisakodyl či jiné volně prodejné laxativum.

Průjem: Smecta rozpustit 1 sáček ve 250 ml vody, podat do PEG a dobře spláchnout čistou vodou až 3x denně, dle četnosti stolic

Horečka: 1 amp. 2 ml Novalgin 500 mg/ml s.c. či i.m. až 3x denně nebo Novalgin 500 mg tbl. až 4x denně

Hlenová hypersekrece: 1. amp. Buscopan 20 mg s.c. až 5x denně, Atrovent inhal. 3x 2 vdechy do TSK

Škytavka: Haloperidol kapky 2 mg/ml 1–15 kapek až 3x denně nebo 1/2 amp. Haloperidol 5 mg s.c. až 3x denně

Úzkost, depresivita, nemožnost usnout: Oxazepam 10 mg tbl. 1/2–1 tbl. až 3x denně

Kašel: Codein 30 mg tbl. 1/2–1 tbl. nadrtit do PEG kdykoli během dne až do dávky 3x 2 tbl.

Při zmatenosti a refrakterních symptomech: 3x morfin 20 mg + 3 amp. Degan 10mg + 3 amp. Buscopan 20 mg + Midazolam 25 mg s. c. kontinuálně na 24 hodin

Při katastrofické situaci (chrlení krve, dušení...): 1 amp. morfin 10 mg + 1 amp. Dormicum 5 mg s. c.

6.2 Důvod přijetí klienta do mobilní hospicové péče LADARA

V roce 2012 byl panu J. Š. diagnostikován středně diferenciovaný spinocelulární karcinom oropharyngu, tumor infiltroval oblast tonsily, kořene jazyka l. sin. a krční lymfatické uzliny vlevo.

Pan J. Š. podstoupil blokovou disekci krčních uzlin, tonzilektomii l. sin. a následně u klienta byla nasazena onkologická terapie (radioterapie s konkomitantní chemoterapií). V roce 2018 klient podstoupil subtotální glossektomii a lalokovou plastiku z m. pectoralis z důvodu již zmiňovaného Ca oropharyngu.

Koncem roku 2019 se u pana J. Š. objevil otok pravé poloviny tváře. Klient byl odeslán na ORL v Motole na CT vyšetření, které prokázalo recidivu spinocelulárního Ca oropharyngu l. dx. v oblasti pravého tonsilárního lůžka a měkkých tkání s metastázami v mediastinu a paravertebrálních lymfatických uzlin. Vzhledem k tomu, že možnosti RT i CHT byly již vyčerpány v roce 2012, byla panu J. Š. nadále doporučena symptomatická paliativní péče. Klient byl opakovaně hospitalizován z důvodu krvácení z tracheostomie.

Nemocný v době žádání o mobilní hospicovou péči splňoval všechna kritéria k přijetí do mobilního hospicu. PPS (Paliative Performance Scale) u pacienta bylo vyhodnoceno na 40 % a zároveň splňoval nezbytné kritérium, že o něj bude 24 hodin denně pečováno někým z rodiny či přátel.

6.3 První setkání personálu mobilního hospicu LADARA s nemocným

Informace týkající se prvního setkání s panem J. Š. jsem získala od vrchní zdravotní sestry, která byla zároveň kmenovou sestrou klienta a byla tedy přítomna u příjmu nemocného.

Sestra mi sdělila, že ji nejdříve telefonicky kontaktovala starší dcera pana J. Š. s prosbou o mobilní hospicovou péči, o níž získala informace prostřednictvím praktického lékaře pana J. Š.

První setkání s klientem proběhlo hned následujícího dne, v odpoledních hodinách 30. 1. 2020. Klient byl druhý den doma po propuštění z ORL oddělení v Karlových Varech, kde byl hospitalizován z důvodu opakovaného krvácení z tracheostomie. Hlavními pečujícími o pana J. Š. byly určeny jeho manželka a obě dcery. Manželka byla ve špatném zdravotním stavu (byla kachektická a již několik dní trpěla bolestmi slinivky, se kterou se dlouhodobě léčí). Klient žil ve skromně vybaveném rodinném domku. Prostředí v domě bylo poměrně špinavé a

zašlé, a proto sestra poprosila dceru klienta o úklid domácnosti, neboť nemocný by měl pobývat v co nejčistším prostředí.

Sestra společně s lékařkou získávaly většinu informací o klientovi od rodiny pana J. Š., protože nemocný měl omezené vyjadřovací schopnosti z důvodu zavedené tracheostomické kanyly. Sám klient komunikoval pomocí gestikulace a psaním na magnetickou tabulku. Dcera udávala, že tatínek si do poslední hospitalizace sám zajišťoval příjem výživy. Následně po hospitalizaci musela rodina začít podávat nutriční stravu Isosource do PEGu o celkovém množství 1500 ml/24 hodin. Pan J. Š. se cítil zesláblý, udával i závratě, a proto většinu dne trávil na lůžku. Na toaletu chodil za doprovodu a dopomoci druhé osoby, neboť hrozilo riziko pádu.

Pan J. Š. během intervence seděl na lůžku v obývacím pokoji, kde trávil většinu svého času. Lůžko bylo nízké, nevyhovující a pacientovi se z něho špatně vstávalo. Lékařka proto rodině nabídla možnost zapůjčení polohovacího lůžka. Klient polohovací lůžko odmítl s odůvodněním, že by se cítil jako v nemocnici. Sestra následně provedla edukaci rodiny o paliativním programu mobilního hospicu a zanechala na místě telefonní kontakt na 24hodinovou pohotovost sester.

Nemocný byl během intervence plně při vědomí, orientován ve všech kvalitách. Výzvam vyhověl a spolupracoval. Nauzeu neměl, nezvracel, udával bolesti vystřelující z krčních a trapézových svalů do PHK VAS 6/10 a stěžoval si na masivní vodnatý otok obličeje. Klient neudával žádné problémy s močením, poslední stolice byla před sedmi dny, ale pocit plnosti neměl. Manželka sdělila, že spal celou noc.

Na první návštěvě klienta za účelem jeho příjmu do mobilní hospicové péče lékařka provedla kompletní fyzikální vyšetření pana J. Š. a odběr anamnézy. Následně lékařka zhodnotila přítomné symptomy a na jejich základě zajistila farmakologickou paliativní a SOS medikaci. Společně s klientem a s pečujícími osobami vytvořila plán paliativní péče, který dbá na maximální zachování co nejvyšší kvality života. Lékařka zároveň do plánu zahrnula možnosti řešení symptomů při zhoršení klientova stavu a další postup s důrazem na přání nemocného. Mj. edukovala pečující osoby o hrozících symptomech a o podávání předepsané medikace. Lékařka s rodinou také diskutovala otázku týkající se

možnosti podávání tlumící medikace a případné analgosedace v případě refrakterních symptomů či utrpení nemocného.

Nakonec lékařka informovala rodinu o možnosti pobírání příspěvku na péči a o možnosti zapůjčení kompenzačních pomůcek a polohovacího lůžka atd.

Hodnocení klienta dle škál používaných v paliativní péči

PSS 40 %

ESAS 41 bodů

Na místě naordinovaná *paliativní medikace*.

Transdermálně: TRM náplast Fentanylu 25 µg/h. á 72 hodin (opioidní analgetikum)

Do PEG: Fortecortin 4 mg 2-0-0 tbl. (kortikoid), Lyrica sirup 20 mg/ml 2,5-0-2,5 ml. (na neuropatické bolesti), Degan 10mg 1-1-1 podat 20 minut před jídlem (antiemetikum, prokinetikum)

SOS medikace

Při bolesti: Sevredol 20 mg 1 tbl. až 4x denně, po 4 hodinách

Při dušnosti: morfinové kapky 2% 10 gtt. až 6x denně, po 4 hodinách

Při nevolnosti, škytavce, zmatenosti: Haloperidol kapky 2 mg/ml 10-0-10 gtt.

Při zácpě: glycerinový čípek 1x denně do konečníku a 1–3 polévkové lžíce denně Lactulose

6.4 Fyzikální vyšetření pacienta při příjmu

TK: 110/60 mmHg TF: 82' D: 14' SpO2: 92 % VAS: 6/10 TT: 36,7 °C

Hlava a krk: Lebka normocefalická, bez zjevných známek traumatu. Poklep vedlejších nosních dutin nebolestivý. Obličej oteklý pro lymfostatický edém hlavy, dutinu ústní nelze pro masivní vodnatý otok vyšetřit. Vážné otevírání úst. Rty růžové a hydratované. Sekrece z očí ani dutiny ústní není přítomna. Pan J. Š. má pro otok v krajině očí zhoršené vidění. Nemocný má zavedenou průchozí tracheostomii Portex č. 7 s balónkem. Okolí TCHM klidné, kanál tuhý. Na pravé straně krku má klient jizvu po disekci uzlin. Celý krk je zatuhlý, infiltrovaný.

Hrudník: Dýchání klidné, sklípkové bez zvýšené námahy, poslechem bez patologických fenoménů. Srdeční ozvy tiché, temné a pravidelné. Srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný.

Břicho: Břicho je měkké, volně prohmatné, souměrné bez ascitu. Poklep nebolestivý bubínkový. Klient má zaveden PEG, okolí PEGu je bez zarudnutí a klidné. Peristaltika je slyšitelná. Větry odcházejí.

Končetiny: PHK otok prstů až po zápěstí a LHK pouze otok prstů. PDK mírný otok do $\frac{3}{4}$ lýtky, LDK bez otoku. Pulsace hmatná a lýtky jsou nebolestivé. Klouby volně pohyblivé.

Celistvost kůže neporušena kromě zavedeného PEGu a TSK. Bledý kolorit kůže bez lesku, přiměřené výživy a hydratace. Pokožka místy šupinatá.

7. Hodnocení stavu klienta dle Virginie Henderson

Hodnocení stavu klienta dle modelu Virginie Henderson jsem provedla v průběhu své první návštěvy klienta a rodiny dne 13. 2. 2020. Klient byl již 14. den v péči mobilního hospicu. Na výjezd k panu J. Š. jsem jela s vrchní sestrou mobilního hospice LADARA v dopoledních hodinách. Dveře nám přišla otevřít mladší dcera nemocného, která nás zavedla za svým tatínkem. Pán J. Š. seděl na lůžku v obývacím pokoji, kde byla přítomna také manželka a starší dcera. Rodině jsem se představila jako studentka 3. ročníku oboru ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, která bude nyní pracovat v mobilním hospicu a bude za klientem dojíždět na pravidelné návštěvy se zdravotními sestrami z agentury LADARA. Celá rodina tuto informaci přijala kladně a neměla s mou přítomností žádný problém. Po představení jsem se zeptala klienta, zda bych mohla informace o něm použít ve své bakalářské práci, ve které samozřejmě nebudu uvádět jeho jméno, datum narození, bydliště atd.

Panu J. Š. jsem předložila k přečtení informovaný souhlas s použitím informací pro účely zpracování bakalářské práce. Vzhledem k zhoršenému zraku klienta mu mladší dcera daný dokument přečetla. Pokynutím hlavy vyjádřil svůj souhlas a dokument podepsal.

Následuje hodnocení stavu klienta dle 14 komponentů základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson.

1. Pomoc nemocnému normálně dýchat

Subj. Pan J. Š. společně s manželkou, která doplňuje informace, udává, že se mu dýchá poměrně dobře. Při dýchání nepocítuje dušnost ani bolest. Manželka upřesňuje, že se klientovi nejlépe dýchá vsedě na posteli s nohama opřenýma o zem a s hlavou položenou v dlaních. Prý v této poloze často i spí. Na dýchání žádné léky nikdy neužíval. Již 10 let nekouří. Den před mou návštěvou byl na ORL oddělení v nemocnici v Karlových Varech na výměně TSK, o kterou pečuje klientova manželka spolu s dcerami. Na pravidelnou výměnu TSK klienta odváží rodina do nemocnice každé 3–4 týdny. U postele má pan J. Š. odsávací zařízení. Klientova rodina manipulaci s odsávačkou bez problémů zvládá. Při mé návštěvě klient sekreci a hleny vykašlával převážně spontánně a bez námahy do kapesníku. Jinak klienta dle potřeby odsávají z TSK manželka či dcery.

Obj. Klient dýchá přes překážku způsobenou Ca kořene jazyka a přes zavedenou TSK Portex č. 7 s balónkem. V kanyle jsou malé zbytky vazkého šedavého hlenu bez příměsi krve. Dýchání je čisté, sklípkové, poslechem bez patologických fenoménů. Pohledem klient dýchá bez námahy. Dech je pravidelný, 14 dechů za minutu. Naměřená saturace hemoglobinu kyslíkem byla 96 %. V SOS medikaci jsou při dušnosti ordinovány 2% morfinové kapky 10 gtt. po 4 hodinách, maximálně 6x denně.

2. Pomoc nemocnému při příjmu potravy a tekutin

Subj. Pan J. Š. nepřijímá stravu ústy z důvodu Ca kořene jazyka. Je mu tedy podávána enterální výživa Isosource v tekuté formě, kterou klientovi podává do PEG manželka či dcery každé 3 hodiny po 250 ml s noční 8hodinovou přestávkou. Po každé aplikaci výživy proplachují PEG převařenou vodou. Klient si dle slov manželky také určuje, na jaká jídla má chuť. Manželka pak tato jídla upraví do tekuté formy a občas je klientovi podává do PEG místo dávky Isosource. Tekutiny klient přijímá též přes PEG. Nauzeu nemá, nezvrací. Dle slov manželky klient za poslední měsíce nezhubl. Váží 66 kg při výšce 177 cm. Hodnota BMI vyšla 21.

Obj. Klient přijímá stravu v tekuté formě via PEG. Pan J. Š. i jeho rodina jsou poučeni, že by měl tatínek být při každém podávání stravy uložen do polosedu a po jídle setrvat ještě 30 minut v klidu. Rozhodně by neměl ležet ve

vodorovné poloze, a to z toho důvodu, aby výživa nezatékala do jícnu. Rodina má stanovený rozpis, kterým se řídí při podávání dávek výživy Isosource klientovi. První podání dávky Isosource probíhá v 6 hodin ráno a poté každé 3 hodiny. Strava je podávána po 250 ml a naposledy je podána ve 21:00, poté následuje 8hodinová pauza. Rodině bylo doporučeno, aby po každém podání výživy PEG propláchli 50 ml převařené vody, aby výživa neulpívala na stěnách PEG. Tekutiny rodina klientovi podává 3x denně v časech 8:00, 13:30 a 19:00 po 250 ml převařené vody. Pan J. Š. má naordinovanou SOS medikaci Haloperidol 10 gtt. ráno a večer při nevolnosti či škytavce a pravidelně užívá ráno, v poledne a večer 1 tbl. Deganu 10 mg 20 minut před jídlem.

3. Pomoc nemocnému při vylučování

Subj. Klient je schopný s doprovodem a dopomocí druhé osoby dojít si na toaletu. V momentě nutkání na stolici či na močení upozorní někoho z rodiny pomocí zvonečku uloženého u postele. S močením žádné potíže nemá. Na noc používá močovou lahev, kterou má umístěnou ve kbelíku vedle postele, aby nemusel ve tmě docházet na toaletu. Manželka klienta nás informovala, že má pan J. Š. problémy se zácpou a že byl na poslední stolici před 5 dny. Pocity tlaku nebo těžkosti v břiše pacient neudává, větry odcházejí.

Obj. Klient má dostatečný příjem tekutin i stravy přes PEG, který se řídí pevně daným rozpisem. Močí spontánně. Potřebu vykonává na toaletě, na kterou dochází za pomoci druhé osoby. Co se týče stolice, tak pan J. Š. trpí na zácpy. Manželka klienta udává, že klient na stolici nebyl již 5 dní. Klientovi byl po konzultaci s lékařkou doporučen glycerinový čípek 1x denně do konečníku a jedna polévková lžíce Lactulosity denně. Poslechem je peristaltika méně živá.

4. Pomoc nemocnému při pohybu a udržování vhodné polohy

Subj. Klient většinu času tráví na lůžku. S dopomocí někoho z rodiny se přemísťuje na toaletu, do koupelny či do křesla, ve kterém rád odpočívá. U pana J. Š. je nezbytný doprovod a podpora, neboť se cítí oslabený, motá se mu hlava a má zhoršené vidění kvůli masivním otokům obličeje. Na lůžku často mění polohy a vyhledává úlevové polohy pro snadnější dýchání. Nejčastěji leží na pravém boku či sedí na lůžku s nohama opřenými o zem a s hlavou v dlaních. Při

poloze na pravém boku ale zatěžuje pravou HK a ta ho poté bolí a otéká. Při příjmu stravy do PEG klient zaujme polohu v polosedu, která je nezbytná k tomu, aby strava nezatékala do jícnu. V případě bolesti si žádá SOS medikaci, kterou mu podává manželka či dcery.

Obj. Pan J. Š. sedí nejčastěji na lůžku s nohama opřenýma o zem, polohu mění sám a je schopen přemísťovat se na krátké vzdálenosti za pomoci a doprovodu druhé osoby. Chůze pana J. Š. je nejistá, vrávoravá, pro otok v oblasti očí má velice zhoršený smysl vidění. Klientovi se z nízkého lůžka těžko vstává. Do budoucna by rodina měla popřemýšlet o zapůjčení speciálního zdravotního lůžka. Jelikož klient není schopen mluvit (TSK), má u postele zvoneček, který využívá k upozornění manželky či dcer v případě, kdy se někam potřebuje přemístit. Pan J. Š. užívá ráno a večer pravidelně na bolest sirup Lyrica 20 mg/ml a má transdermální náplast Transtec 52,5 µg/h. na 84 hodin. Také má naordinovanou SOS medikaci při bolesti: Sevredol 20 mg 1 tbl. až 4x denně s odstupem minimálně 4 hodin.

5. Pomoc nemocnému při spánku a odpočinku

Subj. Během dne dle slov manželky klient pospává na lůžku a vyhledává úlevové polohy, při kterých se mu lépe dýchá. Manželka zmiňuje, že klient má v současné době problém v noci usnout. Podle manželky posledních pár nocí usíná okolo 2.–3. hodiny ránní, v brzkých ranních hodinách ho probouzí bolest PHK a poté již neusne. Pan J. Š. nejčastěji odpočívá a usíná na pravém boku či vsedě na lůžku s nohama opřenýma o zem a s hlavou v dlaních. Před spaním se dívá na televizi. Na močení se v noci budí jednou či dvakrát a s pomocí manželky používá močovou lahev umístěnou vedle lůžka. Ráno se klient cítí unavený, je nevrlý a rád by se pořádně vyspal. Manželka klientovi v případě bolesti podává SOS medikaci na bolest.

Obj. Během naší návštěvy klient společně s manželkou upozorňovali na to, že klient nemůže v noci usnout a cítí se nevyspalý. Zdravotní sestra doporučila, aby klient ve dne méně pospával a byl v průběhu dne obklopován vnějšími podněty. Také by tolik neměl během spánku zatěžovat PHK, která má tendenci otékat a bolet. Na bolest manželka podává SOS medikaci 1 tbl. Sevredol 20 mg až 4x denně se 4hodinovým rozestupem. Po konzultaci stavu klienta s lékařkou byla

u rodiny ponechána krabička s Oxazepamem 10 mg. Klient i rodina byli edukováni, aby lék do PEG drtili a podali jej na noc nejpozději do 21:00 při neschopnosti usnout.

6. Pomoc nemocnému při výběru vhodného oblečení, oblékání a svlékání

Subj. Pan J. Š. se každé ráno převléká z pyžama do domácího oděvu. Klient si sám vybírá, jaký oděv by přes den rád nosil. Nejčastěji volí pohodlné oblečení sestávající z tepláků a volnějšího trika a často má přes záda přehozený rozepínací svetr. Během převlékání potřebuje dopomoc své manželky či jedné z dcer. Při převlékání aktivně spolupracuje.

Obj. Barthel test 35 – vysoce závislý

7. Pomoc nemocnému při udržování fyziologické tělesné teploty

Subj. Klient ani manželka nezmiňují, že by měl pan. J. Š. problémy s udržením tělesné teploty v mezích normálu. V místnosti, kde klient tráví většinu svého času, se teplota pohybuje okolo 23 °C. Rodina často větrá, protože se v domě kouří. V průběhu větrání má klient přes záda přehozený vlněný svetr, aby neprochladl.

Obj. V místnosti, kde klient pobývá, je dle mého mínění příjemná teplota. Při naší návštěvě měl pan J. Š. naměřenou teplotu 36,6 °C. Po celou dobu, co je klient v péči mobilního hospicu, neměl naměřenou zvýšenou teplotu ani horečku. Při horečce má klient naordinovanou SOS medikaci 1 amp. 2 ml Novalginu s.c. či i.m. max. 3x denně nebo Novalgin 500 mg 1 tbl. až 4x denně.

8. Pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty, upravenosti a při ochraně pokožky

Subj. Klientovi dopomáhají s hygienou členové rodiny, nejčastěji manželka. Každé ráno manželka doprovodí klienta do koupelny, kde se pan J. Š. posadí na židli a s pomocí manželky si umyje obličej a učeše se. Hygienu dutiny ústní neprovádí, protože je z důvodu masivního otoku těžko přístupná. Klient nemá vlastní chrup ani protézu. S hygienou celého těla klientovi pomáhá opět manželka každý druhý den ve večerních hodinách. Manželka doprovodí klienta do koupelny a před samotným sprchováním pomůže klientovi sundat jeho oděv a také odstraní čtverce pod TSK a v okolí PEG. Klientovi poté pomůže dostat se

do sprchového koutu, který je opatřen madly a sedátkem. Zde jej manželka osprchuje a následně utře ručníkem. Po očištění těla manželka provede převaz TSK i PEG, v čemž ji sestra edukovala. Manželka na základě požádání sestry klienta každý druhý den také holí. Holení u klienta je nezbytné zejména v okolí TSK, které se musí udržovat v čistotě.

Obj. Klient působí upraveným a čistým dojmem. Pokožka místy šupinatí, je bledá a bez lesku, zejména na rukou a nohou. Sestra požádala manželku klienta, aby promazávala jeho pokožku vždy po koupání zvlhčujícím tělovým mlékem. Kůže je jinak beze změn. Kožní turgor je normální. Okolí TSK je bez známek infektu, v okolí PEG je pokožka narůžovělá se sekrecí bílo-hnědavého sekretu. Manželce klienta jsme nabídly, zda nechce s hygienou pomáhat. Nabídku odmítla s tím, že s panem J. Š. zatím hygienu bez problému zvládají, ale do budoucna tuto nabídku ráda přijme.

9. Pomoc nemocnému vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Subj. Pan J. Š. je plně mobilní v lůžku, kde tráví většinu svého času. Vyžaduje mít potřebné věci na stole na dosah ruky vedle lůžka a vždy stejně seřazené, aby se v nich mohl dobře orientovat. Cítí se ještě dostatečně silný na to, aby se s doprovodem a s dopomocí přemísťoval na krátké vzdálenosti, nejčastěji na toaletu, do koupelny a do křesla. Při chůzi se však cítí poměrně nejistý a zesláblý, často se mu motá hlava a má z důvodu otoků v krajině očí zhoršené vidění. Nechce používat inkontinenční pomůcky, což je jeho motivací k chůzi.

Obj. Klient je při plném vědomí, snaží se spolupracovat. V lůžku je mobilní, chůze je nejistá. Je poučen, že nesmí vstávat z lůžka bez nepřítomnosti jiné osoby. Z důvodu zavedené TSK a neschopnosti mluvit je s rodinou domluven, že v případě, kdy se bude potřebovat přemístit na jiné místo, dá signál pomocí zvonku, umístěného na stole vedle lůžka. Je tedy nutné dbát na to, aby měl zvoneček stále na dosah ruky. Do budoucna by se mělo uvažovat o zapůjčení pojízdného křesla či klozetového křesla.

Riziko pádu: 10 (střední riziko pádu).

10. Pomoc nemocnému při komunikaci, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subj. Pan J. Š. je i přes zavedenou TSK schopen téměř plnohodnotné komunikace s okolím. Na kladené otázky píše odpovědi fixem na magnetickou tabulku. S doplňováním informací týkajících se klienta pomáhají dcery i manželka klienta, které s ním jsou nejvíce v kontaktu.

Obj. Klient má zavedenou TSK, tudíž se vyjadřuje pomocí gestikulace a písmem psaným na magnetickou tabulku. S klientem se lze bez problému domluvit, snaží se s okolím spolupracovat. Pan J. Š. hůře slyší zejména na pravé ucho, takže je nutné ho vždy před hovorem upozornit, že budete mluvit. Při hovoru je nezbytné používat zvýšený hlas.

Pan J. Š. na mě působí smutně a unaveně z nastalé situace. Velkou oporu má však v rodině, která se s ním snaží být co nejvíce v kontaktu. Je patrné, že celá rodina se o klienta stará s láskou a porozuměním.

11. Pomoc nemocnému s vyznáním vlastní víry

Subj. Na otázku ohledně náboženství mi odpověděla manželka pana J. Š. Sdělila mi, že rodina je ateistická a klient není ani pokřtěn. Náboženské hodnoty neuznávají ani nedošlo ke změně v otázce víry v těžké situaci, v níž se klient nachází.

Obj. Klienta i jeho manželku otázka ohledně víry překvapila. Necháпали, proč se na víru dotazují. Odpověděli mi velmi stručně a bylo na obou znát, že jim toto téma je nepříjemné.

12. Pomoc nemocnému při práci a produktivní činnosti

Subj. Zavedla jsem rozhovor na téma bývalé práce pana J. Š. Manželka mi řekla, že nejdelší dobu pracoval u Českých drah jako strojvedoucí. Svou práci velice miloval, bohužel ji ale musel kvůli onemocnění v roce 2012 opustit a již se do ní nevrátil. Za klientem stále docházejí na návštěvu bývalí spolupracovníci, kteří svou přítomností panu J. Š. dělají velkou radost. Manželka řekla, že manžel vždy pookřeje. Předtím než jeho nemoc progredovala, musel prý pořád něco dělat, ani chvíli neposeděl, nejraději trávil čas buď na zahrádce sázením ovoce či

zeleniny, nebo ve své dílně. Pan J. Š. mi sám fixem na tabulku napsal, že minulý rok sklídili přes 200 kg rajčat. Práce na zahradě mu nyní velmi chybí.

Obj. Z vyprávění manželky bylo patrné, že pan J. Š. byl velice pracovitý člověk a nynější zdravotní stav je pro něj značně psychicky náročný. Jeho přáním je, aby opět mohl vést plnohodnotný život jako před onemocněním, jeho diagnóza mu to však bohužel neumožňuje. Mám pocit, že se klient cítí neužitečný a je mu nepříjemné, že s ním má jeho rodina tolik starostí.

13. Pomoc nemocnému při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Subj. Klientova manželka mi vyprávěla o způsobu, jak její manžel trávil volný čas před nemocí. Její informace doplňoval pan J. Š. psaním na magnetickou tabulku.

Klient mimo práce na zahradě a v dílně také rád četl knihy o železnicích a různé detektivní příběhy. Velmi často jezdíval s celou rodinou na výlety vlakem, neboť jako zaměstnanec drah měl velké slevy na jízdném. Dcery bývaly nadšené, když je jejich tatínek občas vzal i do kabiny lokomotivy, kde jim vše vysvětlil a ukázal, jak se řídí vlak. Dcery i manželka na tyto výlety s láskou vzpomínají.

Nyní pan J. Š. tráví nejvíce času sledováním televize či posloucháním rádia. Rád by četl knihy, ale to už bohužel není možné z důvodu otoků v oblasti očí. Od té doby, co pan J. Š. vážně onemocněl, se rodina velmi semknula; dodržují zvyk, že se většinu večerů scházejí v obýváku u pana J. Š. a vyprávějí si, co prožili přes den, anebo hrají karty.

Obj. Z rozhovoru s manželkou a panem J. Š. mi přišlo, že jako rodina spolu trávili dost času a že jsou na sebe velmi navázaní. Mají mezi sebou moc hezký vztah. Myslím si, že pro psychiku klienta je velmi důležité moct být s rodinou doma – kde to zná a kde se cítí dobře a v bezpečí. Bohužel panu J. Š. nyní již jeho stav nedovoluje provozovat jeho oblíbené aktivity, kvůli čemuž se může cítit odtržený od normálního života, který mu tolik chybí.

14. Pomoc nemocnému při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

Subj. Pan J. Š. nikdy nebyl studijní typ a nebavilo ho školní vzdělávání. Rád získával nové informace o tématech, která ho bavila či zajímala, a to zejména

o železniční dopravě a zahradničení. Považoval se spíše za manuálně zručného a praktického člověka.

Lékař ho poučil o jeho nemoci a prognóze onemocnění. Zpočátku hledal informace o léčbě svého onemocnění a o svůj stav se aktivně zajímal. Nyní o informace ohledně své nemoci a stavu již zájem neprojevuje.

Obj. Pan J. Š. si plně uvědomuje svůj zhoršující se zdravotní stav a už nevidí smysl v tom, učit se novým věcem.

8. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy u pana J. Š. jsou stanoveny ke dni, kdy jsem s ním poprvé přišla do kontaktu, tj. k 13. 2. 2020 v 11:00.

Aktuální krátkodobé ošetrovatelské diagnózy⁹

- bolest z důvodu nádorového onemocnění
- deficit sebeděče v každodenních činnostech z důvodu zhoršeného fyzického stavu klienta, souvisejícího s pokročilým nádorovým onemocněním
- porucha příjmu potravy z důvodu nemožnosti polykat
- změněné dýchání v souvislosti s vyřazením horních cest dýchacích z funkce
- porucha verbální komunikace z důvodu zavedené TSK
- nedostatek spánku z důvodů bolesti a poruchy spánku
- zácpa v důsledku snížené motility střev, užívání rizikových léků a enterální výživy
- pocity zoufalství, beznaděje a strachu z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu v souvislosti s nevyléčitelným nádorovým onemocněním

Potenciální krátkodobé ošetrovatelské diagnózy

- riziko pádu z důvodu zhoršujících se otoků v oblasti očí a celkové slabosti
- potenciální riziko infekce z důvodu zavedené tracheostomie a PEG
- riziko dušnosti v důsledku neprůchodnosti tracheostomické kanyly
- riziko přetížení rodinného pečovatele

Bolest z důvodu nádorového onemocnění

Bolest lze chápat jako nepříjemný subjektivní pocit fyzického či psychického charakteru, který souvisí se skutečným nebo potencionálním

⁹ Dlouhodobý ošetrovatelský plán jsem u pana J. Š. nestanovila. Péče mobilního hospicu je vlastně poslední instancí a nevyžaduje dlouhodobý plán; reaguje totiž na aktuální zdravotní stav klienta, který bývá velmi proměnlivý.

poškozením tkání. Je definováno mnoho druhů bolesti. Mezi nejzákladnější dělení patří dělení na bolest akutní a chronickou, ale existuje i celá dalších typů bolesti jako např. bolest fantomova, neuropatická, myofasciální atd. (NANDA International, Inc., 2015).

U pana J. Š. se jednalo o bolest chronickou z důvodu nádorového onemocnění. Chronická bolest se vyznačuje tím, že trvá několik měsíců, má recidivující či přetrvávající charakter a významně ovlivňuje každodenní fungování člověka.

Ošetrovatelské cíle

- klient udává snížení bolesti na stupnici VAS maximálně stupeň 3
- klient vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu po podání analgetika
- bolest pacientovi nebrání ve vykonávání běžných denních činností, které zvládne
- pacient ví, že může požádat sestru i rodinu o podání SOS medikace na bolest
- rodina je edukovaná v oblasti podávání analgetik
- rodina spolupracuje při zvládání bolesti

Ošetrovatelské intervence

- edukace klienta a rodiny v používání vizuální analogové škály
- poučení klienta a rodiny o důležitosti zhodnocení bolesti na VAS škále před podáním analgetika a po půl hodiny po něm
- poučení pacienta a rodiny o možnostech nefarmakologických metod zvládání bolesti
- informování klienta a rodiny o možnosti podání SOS medikace při silné bolesti a vysvětlení časových rozestupů mezi jednotlivými dávkami analgetik
- poučení rodiny o možnosti „24/7“ kontaktu se sestrami mobilního hospicu při stále progredující bolesti

Realizace

Při každé návštěvě jsme klienta požádaly, aby lokalizoval svou bolest a zhodnotil ji na stupnici od 1 do 10, přičemž 1 znamená mírnou bolest, která ho v denních činnostech neobtěžuje, a 10 značí nevýslovnou bolest.

S používáním VAS škály jsme seznámily také rodinu. U klienta nás kromě intenzity bolesti zajímal také její charakter a propagace do jednotlivých částí těla. Během hovoru s klientem s námi spolupracovala také rodina a doplňovala informace o průběhu dne a noci; také nás informovala a množství podaných SOS medikací na bolest. Pan J. Š. v den stanovení ošetrovatelských diagnóz udával tlakovou bolest ramene PHK VAS 4/10. Rodině jsme doporučily, aby na ramena klientovi pokládala např. nahřátý ručník a aby se klient snažil pravou končetinu co nejméně zatěžovat. Stav klienta jsme následně vždy telefonicky hlásily ošetřující lékařce, která v případě neúčinných bolestí pozměnila ordinaci paliativních medikamentů či naordinovala bolusové podání léku na bolest.

Klienta a rodinu jsme ujistily, že v případě neúčinných bolestí či jiných obtíží se mohou kdykoliv obrátit na sloužící sestru mobilního hospicu, která jim poradí, jak dále postupovat.

Hodnocení

Klient udával bolest ramene PHK na stupnici VAS 4/10. Lékařka naordinovala podat bolus 1 ml 1% morfinu s.c + 2 ml Novalginu i.m. Po půl hodině od podání bolusu jsme telefonicky kontrolovaly intenzitu bolesti. Rodina nám hlásila, že klient pocítil úlevu a hodnotí bolest na stupnici VAS 2/10. Došlo tedy ke zmírnění bolesti. Rodina i klient při zvládání bolesti spolupracovali; cílů bylo dosaženo.

Deficit sebeděje v každodenních činnostech z důvodu zhoršeného fyzického stavu klienta souvisejícího s pokročilým nádorovým onemocněním

Jedná se o zhoršenou schopnost provádět či dokončit aktivity denního života. Dochází k absenci aktivního, dynamického a progresivního přístupu v péči o svou vlastní osobu, a to jak po stránce tělesné, tak i duševní (NANDA International, Inc., 2015).

V případě pana J. Š. se na vzniku deficitu sebekpěče podílely následující faktory vycházející z jeho nádorového onemocnění, kterými byly – slabost, únava, bolest, úzkost, kognitivní postižení, chybějící motivace a nepohodlí.

Ošetrovatelské cíle:

- klient rozpozná své slabiny a potřeby v dané oblasti
- klient má zajištěnou pomoc v rámci domácí péče
- všechny klientovy potřeby jsou uspokojeny, klient se cítí dobře
- klient prokazuje snahu o co největší soběstačnost odpovídající úrovni jeho schopností
- rodina se podílí na péči o pacienta
- rodina je edukovaná a ví, jak tuto péči provádět

Ošetrovatelské intervence:

- pobízení klienta k aktivnímu sdělování potřeb, s jejichž uspokojením potřebuje pomoci
- pravidelné hodnocení schopnosti zvládat sebekpěči za účasti rodiny i klienta
- poučení klienta o důležitosti zachování co nejvyššího stupně soběstačnosti
- edukace rodiny, jak nejlépe dopomoci klientovi s uspokojením těch potřeb, které si již není schopen zajistit sám
- poučení rodiny a klienta o důležitosti aktivizace klienta v co nejvyšší možné míře
- poučení rodiny o vhodnosti používání povzbuzujících technik a psychické podpory klienta při zvládání sebekpěče

Realizace

S rodinou a s klientem jsme probíraly otázku týkající se uspokojování klientových potřeb. Rodina nás ujistila, že veškerou péči o klienta zvládá a že sám klient se snaží podílet se na své péči. Do budoucna jsme nabídly možnost pomoci s péčí o pana J. Š. z naší strany či ze strany pečovatelské agentury.

Hodnocení

Všechny potřeby pana J. Š. jsou uspokojeny. Sám se aktivně podílí v rámci možností na péči o sebe samého. Cíle byly splněny.

Porucha příjmu potravy z důvodu nemožnosti polykat

Jedná se o abnormální funkci polykacího aktu, jež je spojen s narušeným transportem sousta z dutiny ústní do žaludku. Celý tento narušený mechanismus je spojen s poruchami funkce nebo stavby dutiny ústní, nosohltanu či jícnu (NANDA International, Inc., 2015).

U pana J. Š. porucha polykání byla zapříčiněna nádorem vyskytujícím se v orofaryngeální oblasti, který způsoboval nejen mechanickou překážku, ale i změny na sliznici dutiny ústní, které vedly k bolestivosti během polykání. Pan J. Š. podstoupil v minulosti také subtotální glosektomii, která celý proces polykání znesnadňuje.

Ošetrovatelské cíle:

- klient má dostatečný příjem stravy a tekutin
- rodina podává stravu a tekutiny do PEG dle harmonogramu
- rodina správnou technikou aplikuje enterální výživu do PEG
- klient při příjmu stravy do PEG zaujímá vhodnou polohu

Ošetrovatelské intervence:

- ověření znalostí rodiny a klienta týkajících se správné manipulace s perkutánní endoskopickou gastrostomií
- ověření znalostí týkajících se podávání stravy a tekutin do PEG
- měření BMI při objektivních známkách ztráty tělesné hmotnosti
- informování rodiny o komplikacích enterální výživy (průjemy, zácpa, aspirace)
- poučení rodiny a klienta o vhodné poloze k příjmu enterální výživy a dodržování půlhodinového klidového režimu po podání výživy

Realizace

Klient přijímá enterální výživu via PEG. S rodinou jsme probraly problematiku enterální výživy a perkutánní endoskopické gastrostomie. Nechaly jsme prostor pro otázky týkající se této formy výživy, které jsme následně zodpověděly a vyjasnily. Ověřily jsme si znalosti rodiny a klienta, které jsou pro adekvátní výživu a hydrataci klienta nezbytné.

Hodnocení

Rodina a klient se v této problematice orientují. Řídí se lékařem daným harmonogramem, který určuje frekvenci a množství podávané enterální výživy a tekutin. Klient má dostatečný příjem stravy i tekutin. Cílů bylo dosaženo.

Změněné dýchání v souvislosti se zavedenou TSK

Tracheostomie je chirurgický výkon, díky kterému se zajistí průchodnost dýchacích cest prostřednictvím umělého vyústění trachey na povrch těla. Z praktického hlediska lze rozlišit tracheostomii trvalou, dočasnou a urgentní.

Pan J. Š. disponoval trvalou TSK, která u něj byla indikována z důvodu rozsáhlého orofaryngeálního nádoru. Tímto zákrokem došlo následně ke změně mechaniky dýchání vyřazením části mrtvého prostoru.

Ošetrovatelské cíle

- klient je schopen efektivně odkašlávat
- saturace kyslíkem neklesne pod 90 %
- klient není dušný a cyanotický
- klient má normální frekvenci dýchání 16–20 dechů za minutu
- rodina umí poskytnout dechovou rehabilitaci
- rodina zvládá manipulaci s TSK a s odsávacím zařízením

Ošetrovatelské intervence:

- poučení rodiny, jak udržovat volně průchodné dýchací cesty
- edukace rodiny a klienta o nutnosti dodržovat zvýšenou polohu těla, alespoň 45 stupňů
- každodenní hodnocení průchodnosti TSK
- každodenní péče o TSK
- každodenní kontrola SpO₂ a prokrvení akrálních částí těla
- edukace rodiny o správném postupu odsávání z dýchacích cest
- edukace rodiny o poklepové masáži prostřednictvím praktického znázornění

Realizace

Péči o tracheostomickou kanylu jsme prováděly při každé návštěvě klienta. Hodnotily jsme průchodnost TSK, nasycení krve kyslíkem prostřednictvím pulsního oxymetru, charakter dýchání a přítomnost hlenu v dýchacích cestách. Do hodnocení stavu TSK a dýchání klienta jsme zapojily i rodinu a informovaly ji o možných komplikacích souvisejících s TSK. Rodinu jsme také poučily o vhodnosti zvlhčování vzduchu v pokoji, kde pacient tráví nejvíce času.

Ověřily jsme si schopnost rodiny odsávat klienta z dýchacích cest za aseptických podmínek a provádět poklepové masáže v rámci dechové rehabilitace.

Hodnocení:

Pan J. Š. dýchal klidně a nejevil známky dušnosti. Hleny vykašlával převážně spontánně a bez námahy do kapesníku. Naměřená saturace činila 96 %, u klienta se nevyskytovala akrální cyanóza. Rodina prokázala znalost v manipulaci s odsávacím zařízením a v provádění poklepových masáží. Cílů bylo dosaženo.

Porucha verbální komunikace z důvodu zavedené TSK

Tracheostomie je chirurgický výkon, díky kterému se zajistit průchodnost dýchacích cest prostřednictvím umělého vyústění trachey na povrch těla. Z praktického hlediska lze rozlišit tracheostomii trvalou, dočasnou a urgentní.

Zavedení TSK přináší pro pacienta mj. problémy v oblasti komunikace související s vyřazením funkce hlasu.

Pan J. Š. disponoval trvalou TSK, která u něj byla indikována z důvodu rozsáhlého orofaryngeálního nádoru.

Ošetrovatelské cíle:

- klient využívá alternativní pomůcky ke komunikaci (magnetická tabulka s fixem)
- klient aktivně spolupracuje při komunikaci

Ošetrovatelské intervence

- zajištění magnetické tabulky a fixu v dosahové vzdálenosti klienta

- podporování klienta v používání magnetické tabulky
- povzbuzování klienta v komunikaci s okolím

Realizace

Klienta jsme během našich návštěv pobízely a podporovaly v komunikaci pomocí magnetické tabulky s fixem. Rodinu jsme poučily o důležitosti podpory klienta v komunikaci, aby pan J. Š. byl schopný vyjadřovat své potřeby, obavy a pocity atd. Klientovi jsme pomáhaly vyjádřit se pomocí nabízení slov.

Hodnocení

Klient aktivně spolupracoval při komunikaci s okolím. Byl schopný vyjádřit své potřeby, pocity a obavy. Ke komunikaci využíval magnetickou tabulku s fixem. Cíle byly naplněny.

Nedostatek spánku z důvodů bolesti a poruchy spánku

Nedostatek spánku je různě dlouhé období, kdy je člověk vystaven absenci spánku. Na nedostatečném množství spánku se mohou uplatňovat vlivy jak exogenní, tak také endogenní (NANDA International, Inc., 2015).

Pana J. Š. trpěl bolestmi, které byly hlavní příčinou poruchy spánku.

Ošetřovatelské cíle

- u klienta došlo ke zlepšení kvality spánku a odpočinku
- klient omezil spánek přes den na minimum
- klient se ráno po probuzení necítí unavený
- klient ví o možnosti požádat rodinu o podání léku na spaní a proti bolesti
- klient zná možnosti nefarmakologického navození spánku

Ošetřovatelské intervence

- každodenní dotazování se klienta na průběh noci a aktivní vyhledávání rušivých elementů
- edukace rodiny a klienta o podávání SOS medikace proti bolesti 1 hodinu před plánovaným usnutím
- poučení rodiny a klienta o podání léku na spaní nejpozději do 21:00

- informování klienta o nefarmakologickém navození spánku
- poučení rodiny i klienta o vhodnosti eliminace spánku přes den

Realizace:

Při každé návštěvě jsme se se sestrou dotazovaly rodiny a klienta, jak probíhala noc. Zajímala nás kvalita spánku, probouzení klienta v průběhu noci, doba usnutí a probuzení klienta. V den stanovení ošetrovatelských diagnóz nám bylo sděleno, že klient většinu noci nespí, a to z důvodu bolesti a problémů s usínáním.

Se sestrou jsme rodině doporučily snažit se klienta během dne aktivizovat, aby co nejméně pospával v průběhu dne. Na základě této aktivizace by se mohlo u pana J. Š. docílit větší únavy a předejít tak problémům s usínáním večer. Rodině jsme také navrhly vyzkoušet nefarmakologické navození spánku pomocí tmy, chladné, dobře vyvětrané místnosti a ticha.

Po telefonické kontrole stavu klienta s ošetřující lékařkou jsme předaly rodině pana J. Š. balení Oxazepamu a poučily rodinu i klienta o užívání léku na spaní. Rodina i klient byli taktéž poučeni o vhodnosti podávání SOS medikace na bolest hodinu před plánovaným usnutím.

Hodnocení

Druhý den dopoledne jsme se klienta dotazovaly na proběhlou noc. Léky na spaní sice zapůsobily, ale měly na klienta takový účinek, že se ráno cítil ráno omámený a ještě více unavený. Tudíž se rozhodl léky zatím neužívat. Cílů podle mého názoru dosaženo nebylo. Klient sice spal celou noc, ale ráno po užití léku se cítil unavenější a utlumený.

Zácpa v důsledku snížené motility střev, užívání rizikových léků a enterální výživy

Zácpa je obvykle definována jako snížená běžná frekvence defekace současně doprovázena obtížným či nekompletním odchodem stolice. U pacientů v paliativní péči se se zácpou setkáváme poměrně často. U nemocných s progredující chorobou má zácpa různé příčiny mezi hlavní patří fyziologické podněty střevní peristaltiky, kam lze zahrnout sníženou fyzickou aktivitu a snížený příjem stravy. Riziko zácpy může mj. zvyšovat jakékoli další

nedostatečně ovlivněné obtíže vyplývající z chronické nemoci jako např. bolest, celková slabost, úzkost, zmatenost, imobilizace atd. Na riziku vzniku zácpy se výrazně podílí i farmakologická léčba bolesti opiáty (Vorlíček, Adam a kol, 1998).

U pana J. Š. se na vzniku zácpy podílelo vícero faktorů. Mezi tyto faktory patřila zejména léčba bolesti opiáty, snížená mobilita klienta a užívání enterální výživy.

Ošetrovatelské cíle

- klient se do 24 hodin vyprázdní
- klient nepocítuje bolesti a napětí břicha
- klient přijímá dostatečné množství tekutin
- klient ví o možnosti podání čípku a Lactulosity

Ošetrovatelské intervence

- monitorace četnosti a konzistence stolice u klienta
- poučení rodiny a klienta o dostatečném příjmu tekutin
- poučení klienta o nácviku defekačního reflexu
- edukace klienta a rodiny o používání laxativ

Realizace

Se sestrou jsme se každý den klienta dotazovaly na četnost a konzistenci stolice. V den stanovení ošetrovatelských diagnóz klient nebyl na stolici již 5. den. Telefonicky jsme konzultovaly stav klienta s lékařkou a na základě ordinace lékaře jsme doporučily rodině, aby klientovi zatím dávala denně do PEG množství Lactulosity o velikosti polévkové lžice.

Následně jsme panu J. Š. pomohly se zavedením glycerinového čípku do konečníku. Rodině jsme také vysvětlily nutnost dodržovat podávání tekutin dle lékařem předepsaného harmonogramu. Klient byl poučen o nácviku defekačního reflexu, jehož lze docílit tím, že klientovi rodina každé ráno po probuzení podá např. 150 ml vlažné vody do PEG a klient se následně cca po 20 minutách půjde pokusit o stolici na toaletu.

Hodnocení

Druhý den při návštěvě pana J. Š. nám manželka sdělila, že byl klient večer na toaletě a vyprázdnil se. Podání laxativa a glycerinového čípku panu J. Š. pomohlo. Cíle byly splněny.

Pocity zoufalství, beznaděje a strachu z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu v souvislosti s nevléčitelným nádorovým onemocněním

Jedná se o subjektivní hodnocení situace, jedinec není schopen částečně či plně vidět různé alternativy přijatelného řešení své aktuální situace. Z tohoto důvodu není z psychické stránky schopen mobilizovat svou energii k jejímu řešení (NANDA International, Inc., 2015)

Dlouhodobé omezení aktivit, zhoršení fyzického stavu a dlouhodobý stres vedly k tomu, že se u Pana J. Š. projevily pocity zoufalství, beznaděje a strachu.

Ošetrovatelské cíle

- klient dokáže rozeznat a vyjádřit své pocity a obavy
- klient dokáže plánovat svoji budoucnost
- klient přijal svůj zdravotní stav
- rodina poskytuje klientovi psychickou podporu
- rodina i klient vědí, že v této těžké situaci nejsou sami, vždy mohou požádat o pomoc erudované pracovníky mobilního hospice (psychologa, sestru, lékaře...)

Ošetrovatelské intervence

- vytvoření vstřícného a důvěryhodného vztahu mezi klientem a personálem mobilního hospicu
- aktivní naslouchání klientovi a projevování uznání
- respektování rozhodnutí a přání klienta
- poskytování naděje, přiměřené individuální situaci
- povzbuzování klienta k vyjádření pocitů a obav
- uznání klientovy úzkosti a strachu
- posilování důvěry a terapeutického vztahu
- informování o možnosti intervence psychologa z mobilní hospicové péče

Realizace

Klientovi i rodině jsme neustále vyjadřovaly podporu v této těžké životní situaci. Pobízely jsme klienta, aby aktivně sděloval své obavy jak rodině, tak nám. Informovaly jsme klienta i rodinu o možnosti psychologické podpory nabízené psychologem mobilního hospice.

Hodnocení

Cílů dosaženo nebylo. Bylo vidět, že pan J. Š. byl ze svého zhoršujícího se zdravotního stavu stále nešťastný. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta bylo velmi obtížné navázat s ním rozhovor, jehož cílem bylo zjištění jeho pocitů či obav. I přes velkou snahu o komunikaci bylo zřejmé, že pan J. Š. s námi nechtěl tyto vnitřní pocity sdílet.

Riziko pádu z důvodu zhoršujících se otoků v oblasti očí a celkové slabosti

Jedná se o zvýšenou tendenci k pádům, které mohou vyústit ve zranění jedince.

U pana J. Š. zvyšovaly riziko pádu otoky v oblasti očí a celková slabost organismu.

Ošetrovatelské cíle

- klient nevstává z lůžka bez přítomnosti někoho z rodiny
- prostředí v okolí klienta je bezpečné, doplněné vhodnými protiskluzovými pomůckami
- klient má stále na dosah ruky zvoneček, kterým v případě potřeby přesunu upozorňuje rodinu
- klient i rodina znají rizikové faktory, které mohou vyústit v pád
- klient i rodina jsou poučeni o možných následcích pádu

Ošetrovatelské intervence

- zajištění bezpečného prostředí v okolí klienta
- poučení rodiny o nutnosti dohledu nad klientem
- pravidelné hodnocení a přehodnocování rizika pádu při změně stavu klienta

- poučení rodiny, aby zajistila stálé umístění zvonku v dosahové vzdálenosti klienta
- edukace pacienta o riziku pádu v případě vstávání z lůžka bez přítomnosti a pomoci druhé osoby
- poučení rodiny a klienta o rizikových faktorech, které mohou předcházet pádu – ortostatický kolaps, kluzká podlaha, tma atd.
- informování klienta a rodiny o všech možných bezpečnostních opatření – pevná obuv, dostatečné osvětlení atd.

Realizace

S rodinou jsme probraly všechna možná bezpečnostní opatření, která by mohla napomoci snížit riziko pádu. Rodina již opatřila sprchový kout madly a protiskluzovou podložkou v rámci prevence pádu. Také jsme rodině pomohly upravit prostředí v okolí klienta odstraněním překážek, které by klientovi mohly bránit v bezpečném průchodu do koupelny či na toaletu.

Rodinu jsme poučily o vhodnosti pořízení zdravotnického polohovacího lůžka s postranicemi, ze kterého by se klientovi lépe vstávalo a tím by se snížilo riziko pádu klienta z lůžka. Rodina má s klientem nastavený způsob (signalizační zařízení), jímž klient upozorňuje rodinu v případě potřeby přemístit se. Tento způsob v rodině funguje a je též dobrou prevencí pádu pana J. Š.

Hodnocení

Klient i rodina byli srozuměni se všemi rizikovými faktory, které mohou vyústit v pád. Klient i rodina veškerá navržená bezpečnostní opatření dodržují. Klient se pádem nezranil. Cílů bylo dosaženo.

Potenciální riziko infekce z důvodu zavedené TSK a PEG

Zvýšená náchylnost k invazi patogenních mikrobů do organismu, které mohou mít za následek oslabení zdraví hostitele.

U pana J. Š. se staly potencionální vstupní branou infekce zavedené invazivní vstupy (TSK, PEG).

Ošetrovateľské ciele

- včas rozpoznat projevy infekce
- klient nejeví známky infekce, a to lokální ani celkové
- rodina je schopna udržet aseptický přístup při převazech invazivních vstupů

Intervence

- přísně aseptický přístup při péči o invazivní vstupy (TSK, PEG) á 24 hodin, dle potřeby i častěji
- sledování a hodnocení okolí invazivních vstupů při převazech á 24 hodin, dle potřeby i častěji
- informovat rodinu a klienta o počátečních příznacích infekce (otok, zarudnutí, bolest, zvýšená teplota...)
- udržování okolí TSK suché a čisté
- pravidelná výměna invazivních vstupů, minimálně 1x za měsíc
- edukace rodiny o aseptických postupech při převazech invazivních vstupů

Realizace

Se sestrou jsme prováděly každodenní převazy invazivních vstupů přísně aseptickým postupem. Během převazu jsme hodnotily vzhled okolí invazivních vstupů a známky možné infekce. Do převazů invazivních vstupů jsme zapojily také rodinu klienta a edukovaly ji o správném postupu aseptického převazu, stejně jako o známkách počínající infekce.

Hodnocení

Okolí TSK nejevilo známky infekce. Okolí vstupu PEG bylo až na vyskytující se sekreci bílo-hnědavého hlenovitého sekretu klidné a růžové. Provedly jsme stěr okolí PEG a zaslaly vzorek na mikrobiologické vyšetření.

Sekrece v okolí vstupu PEG nás upozornila na možný výskyt infekce, který bude nadále monitorován. Cílů dosaženo nebylo, neboť okolí vstupu PEG jevílo známky možné infekce.

Riziko dušnosti v důsledku neprůchodnosti TSK

Dušnost lze charakterizovat jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. U pacientů s TSK je nutné dbát na adekvátní péči o TSK. I při jejím dodržování se ale může náhle TSK zneprůchodnit z důvodu hlenové zátky či krevní sraženiny. K jejímu opětovnému zprůchodnění je možné použít odsávání cévku nebo celou vnitřní kanylu vyměnit.

Ošetrovatelské cíle

- klient nepocítuje dušnost
- klient není cyanotický
- průchozí TSK
- klient má SpO₂ v normě
- klient podstupuje pravidelné výměny TSK
- rodina ví, jak postupovat v případě dušnosti klienta způsobené neprůchodností TSK
- rodina zvládá správnou techniku odsávání z dýchacích cest

Ošetrovatelské intervence

- každodenní monitorace SpO₂ a hodnocení dechu klienta
- každodenní péče o TSK a kontrola její fixace a průchodnosti
- edukace rodiny a klienta o možných komplikacích týkajících se TSK a o postupech, jak jim předcházet

Realizace

Při každé návštěvě jsme u klienta měřily nasycení krve kyslíkem pomocí pulzního oxymetru, hodnotily charakter dýchání, prováděly péči o TSK a v případě potřeby klienta odsály z dýchacích cest. Při péči o TSK jsme hodnotily její průchodnost a fixaci. S rodinou jsme probraly možné komplikace, které mohou souviset s TSK, a současně jsme jí poskytly informace, jak těmto situacím předcházet. Na závěr jsme si ověřily schopnost rodiny odsávat klienta z dýchacích cest za aseptických podmínek.

Hodnocení

Cíle byly splněny. Klient nebyl dušný ani cyanotický, hleny vykašlával spontánně do kapesníku. Naměřená saturace krve kyslíkem byla 96 %. Rodina prokázala potřebné dovednosti při odsávání klienta z dýchacích cest.

Riziko přetížení rodinného pečovatele

Rodinný příslušník, jenž poskytuje svému blízkému péči, pocítuje těžkosti při uskutečňování role pečovatele. (NANDA International, Inc., 2015).

Vzhledem k tomu, že pan J. Š. byl v péči mobilního hospice, který své služby provozuje v domácím prostředí klientů, tudíž na péči o klienty se musí z dominantní části podílet rodina. Na rodinu jsou kladeny vysoké nároky v realizaci péče o svého příbuzného a tím vzniká riziko vzniku přetížení rodinného pečovatele.

Ošetrovatelské cíle

- klidní, spolupracující příbuzní
- rodina si je vědoma rizikových faktorů spojených s 24hodinovou péčí o příbuzného
- rodina se střídá v péči o nemocného
- rodina si je vědoma možné pomoci ze strany personálu mobilního hospicu

Ošetrovatelské intervence

- zajistit dostatečný prostor pro vyjádření obav a pocitů pečujících
- chválit pečující za dosavadní péči
- zapojení širší rodiny do péče o klienta
- zajištění kontaktu se sociální pracovníci či psychologem dle potřeby
- informování rodiny o možnosti pomoci ze strany pečovatelské služby

Realizace

S rodinnými příslušníky jsme probraly jejich náročnou situaci. Většinu času tráví doma s klientem jeho manželka. Manželce a dcerám jsme vysvětlily, že je vhodné se v péči o klienta střídat, aby nedošlo k přetížení pečovatele. Zdůraznily jsme, že je důležité i v takto složité době dál žít své životy a být

schopen se alespoň na chvíli v myšlenkách od nelehké životní situace oprostit (např. sejít se s kamarádkou, zasportovat si atd.).

Rodině jsme poskytly kontakt na pečovatelskou službu, sociálního pracovníka a na psychologa mobilního hospicu, kteří jim stejně jako my mohou být kdykoliv k dispozici.

Hodnocení

Cíle byly splněny. Rodina byla srozuměna s tím, že nesmí zanedbávat svůj osobní život. Dcery se snažily své matce pomáhat s péčí o tatínka a všichni si v rodině snažili vyjít vstříc; tím se riziko přetížení pečovatele snížilo. Rodina prozatím necítí potřebu využívat služeb pečovatelské služby, soc. pracovníka ani psychologa.

9. Pozorování klienta při mých návštěvách v rámci MSPP

9.1 Má první návštěva klienta, 13. 2. 2020, 11:00

TK: 130/70 mmHg, TF: 57', D: 14', SpO₂: 96 %, TT: 36,6 °C, VAS: 4/10

V okamžiku mého příchodu společně se zdravotní sestrou pan J. Š. seděl v obývacím pokoji se nohama svěšenýma z lůžka a s hlavou v dlaních. Manželka nám sdělila, že většinu času tráví na lůžku v této poloze, protože se mu tak lépe dýchá. Klient byl během naší návštěvy při vědomí, lucidní a snažil se spolupracovat.

Navázaly jsme s klientem rozhovor, při kterém nám gestikulací a pomocí psaní na magnetickou tabulku odpovídal na otázky, týkající se jeho zdravotního stavu. S klientem zůstala po dobu naší návštěvy pečující manželka, která doplňovala informace. Podle slov manželky klient většinu noci nespál, do 2 hodin se díval na televizi. V 5 hodin ráno ho probudila bolest ramene PHK. Manželka mu tedy podala do PEG SOS medikaci Sevredol 20 mg s efektem na 4 hodiny. Nauzeu neměl ani nezvracel. Dýchalo se mu dobře, nedusil se.

V momentě naší návštěvy pacient opět udával bolest PHK v oblasti ramene, přičemž bolest hodnotil na VAS škále 4/10, a upozorňoval na oteklý obličej, zejména vodnaté otoky v okolí očí, které mu způsobovaly zhoršené vidění. Subjektivně na pravé straně obličeje byl otok výraznější. Otoky byly také přítomny na PHK v oblasti prstů a zápěstí, protože tato ruka byla zatěžována v poloze na pravém boku. DK byly bez známek otoků.

Co se týče vyprazdňování, tak klient močil spontánně bez obtíží, na stolici nebyl 5. den. Poslechem peristaltika byla méně živá.

Sestřička telefonicky konzultovala stav pacienta s ošetřující paliativní lékařkou, která naordinovala podání bolusu 1 ml 1% morfinu s.c. + 2 ml Novalginu 500 mg/ml i.m + 1 amp. Deganu 5 mg/ml i.m., glycerinového čípku a lžici Lactulosity. Z důvodu nespavosti klienta lékařka také naordinovala 1 tbl. Oxazepamu 10 mg, která musí být rozdrobena a klientovi podána do PEG nejpozději ve 21:00.

U klienta je také důležitá péče o invazivní vstupy (PEG, TSK). Při každé návštěvě se proto provádí zhodnocení okolí místa vstupů a jejich průchodnosti

a péče o vstupy. Nejdříve se začíná péči o TSK, kde je nutný přísně aseptický přístup, a poté se asepticky ošetřuje okolí PEG.

Okolí TSK bylo klidné, bez známek infektu, v kanyle byly malé zbytky vazkého šedavého hlenu bez příměsi krve. Kanyla byla průchodná. U klienta se při převazu provádí odsátí zbytkového hlenu v TSK, odsáto bývá jen minimální množství. Posléze se ošetřuje okolí TSK a kanyly samotné pomocí dezinfekce Betadine, sterilních čtverečků a špachtliček; nakonec se TSK podkládá suchými čtverci.

Při ošetřování okolí PEG si sestra všimla, že se v místě vstupu PEG vyskytuje sekrece bílo-hnědavého hlenovitého sekretu. Sestra odebrala vzorek sekretu, který odeslala do laboratoře na mikrobiologické vyšetření. Okolí vstupu PEG se ošetřuje pomocí sterilního čtverce s dezinfekcí Betadine a poté se okolí PEG převáže pomocí nastřížených sterilních čtverců, které jsou nakonec překryty vrstvou nenastřížených čtverců a přichyceny pomocí pruhů náplasti. PEG byl průchozí, okolí vstupu až na vyskytující se sekreci klidné a růžové.

Pan J. Š. na mě po celou dobu návštěvy působil velice nešťastně z celé aktuální situace a ze zhoršujícího se stavu. Nejvíce ho trápily otoky v okolí očí, které mu zhoršovaly schopnost vidět, dále bolest pravého ramene a porucha spánku. Rád by opět chodil ven a staral se o svou zahrádku, což mu jeho současný zdravotní stav již neumožňuje. Na druhou stranu je rád, že je alespoň částečně mobilní a je schopný se s pomocí manželky či dcer přemísťovat na krátké vzdálenosti.

Rodina nastalou situaci zvládá statečně, všichni se snaží být s klientem, co nejvíce a podílet se na jeho péči.

Paliativní medikace

Transdermálně: náplast Transtec 52,5 µg/h. á 84 hodin. Pravidelné výměny úterý 10:00 hodin a pátek 22:00 hodin.

Do PEG: Fortecortin 4 mg 1-1-0 tbl., Lyrica sirup 20 mg/ml 0-0-7,5 ml, Degan 10 mg 1-1-1 tbl. podat 20 minut před jídlem, glycerinový čípek 1x denně, Lactulosa 1–3 polévkové lžíce denně

SOS medikace

Při bolesti: Sevredol 20 mg 1 tbl. až 4x denně, po 4 hodinách

Při dušnosti: morfinové kapky 2% 10 gtt. až 6x denně, po 4 hodinách

Při nevolnosti, škytavce, zmatenosti: Haloperidol kapky 2 mg/ml 10-0-10 gtt.

Při nemožnosti usnout: Oxazepam 10 mg 1 tbl. 0-0-0-1 (na noc),
nejpozději ve 21:00

Hodnocení klienta dle škál používaných v paliativní péči

PSS 40 %

ESAS 40 bodů

9.2 Má druhá návštěva klienta, 20. 2. 2020, 11:15

TK: 100/60 mmHg, TF: 63', D: 14', SpO₂: 95 %, TT: 36,6 °C, VAS: 3/10

Po celou dobu mé druhé návštěvy klient seděl na lůžku, byl plně při vědomí, orientovaný ve všech kvalitách a spolupracující. Komunikoval s námi pomocí gestikulace a slovem psaným na magnetickou tabulku. Manželka opět doplňovala informace.

V noci spal dobře, usnul bez obtíží a nepociťoval dušnost ani bolest. Manželka nám sdělila, že odsávání klienta z TSK nebylo potřeba. Objektivně pan J. Š. vykašlával vazký šedý hlen spontánně a bez námahy do kapesníku. Léky na spaní již užívat nechtěl, protože se po nich ráno cítil ještě unavenější a malátný.

Klient během naší návštěvy gestikulací a psaným slovem udával tlakové a svíravé bolesti ramene a paže PHK, na stupnici VAS 3/10. Včera byl pan J. Š. v nemocnici na oddělení ORL v Karlových Varech na výměně TSK. PEG byl u klienta též vyměněn ambulantně včera na interním oddělení nemocnice KV.

Manželka nám sdělila, že od rána pan J. Š. trpí průjmem. Po konzultaci s lékařkou sestra doporučila přestat užívat glycerinové čípky a Lactulosu a zakoupit v lékárně Smectu. Rodina byla edukována o užívání přípravku proti akutnímu průjmu.

Nauzeu i vomitus klient popíral. Bolesti břicha neudával. Objektivně otok v obličejové části v oblasti obou očí ustoupil, obě oči byly vidět zřetelně. Otok PHK přetrvává, DK byly bez otoku.

Převaz a péče o invazivních vstupy proběhly standardním způsobem s výjimkou převazu PEG, kde se mj. prováděly po výsledcích kultivace 10denní ATB obklady okolí místa vstupu. Na obklady byl panu J. Š. předepsán Gentamycin 240 mg, který se naředil ve 100 ml FR a 3x denně se pomocí čtverců nasáklých naředěným ATB obkládalo okolí místa vstupu PEG. Na obkladech se podílela v průběhu deseti dní i edukovaná rodina. PEG byl funkční. TSK byla průchozí, okolí místa vstupu bylo klidné a bez infektu.

Pan J. Š. se dle mého subjektivního pocitu začal cítit lépe, neboť otoky ustoupily a jeho vidění se zlepšilo. Co se týče spánku, tam došlo též k progresi. Manželka nám hlásila, že včera večer pan J. Š. hrál s dcerami karty asi do 24:00 a pak bez obtíží usnul. Přála jsem si, aby panu J. Š. tento příznivější zdravotní stav co nejdéle vydržel, aby mohl kvalitně strávit svůj zbývajících čas s rodinou. Díky zlepšenému zdravotnímu stavu pana J. Š. se zlepšila i atmosféra v rodině.

Paliativní medikace:

Transdermálně: náplast Transtec 70 µg/h. á 84 hod., pravidelné výměny úterý 10:00 a pátek 22:00.

Do PEG: Fortecortin 4 mg 1-1-0 tbl., Lyrica sirup 20 mg/ml 0-0-10 ml, Degan 10 mg 1-1-1tbl. podat 20 minut před jídlem

SOS medikace:

Při bolesti: Sevredol 20 mg 1 tbl. až 6x denně, po 4 hodinách nebo morfinové kapky 2% 10-40 gtt. až 6x denně, po 4 hodinách

Při dušnosti: morfinové kapky 2% 10 gtt. až 6x denně, po 4 hodinách

Při nevolnosti, škytavce, zmatenosti: Haloperidol kapky 2 mg/ml 0-0-10 gtt.

Při nemožnosti usnout: Oxazepam 10 mg 1 tbl. 0-0-0-1 (na noc), nejpozději ve 21:00

Při průjmu: Smecta rozpustit 1 sáček ve 250 ml vody, podat do PEG a dobře spláchnout čistou vodou, až 3x denně dle četnosti stolic.

Hodnocení klienta dle škál používaných v paliativní péči

PSS 40 %

ESAS 38 bodů

9.3 Má třetí návštěva klienta, 27. 2. 2020, 11:00

TK: 130/70 mmHg, TF: 66', D: 15', SpO₂: 93 %, TT: 36,4 °C, VAS: 3/10

V momentě našeho příchodu klient spal. Manželka ho jemně probudila a sdělila nám, že v noci pouze spával. Usnul až ráno v poloze vsedě. Včera večer okolo 9. hodiny pro bolesti krku a hlavy (VAS 6/10) podala dcera SOS ordinaci 2% morfinové kapky 15 gtt. s efektem. Dnes ráno v 7:00 podala manželka panu J. Š. opět SOS medikaci 2% morfinové kapky 15 gtt. pro bolest pravého ramene (VAS 5/10) též s efektem. Nyní klient udává bolesti slabší (VAS 3/10).

Klient byl při vědomí, lucidní a spolupracující. Dušný nebyl, občas spontánně vykašlával vazký šedavý hlen bez příměsi krve. Klienta dle slov manželky nebylo třeba odsávat z TSK. Objektivně došlo ke zhoršení otoků v obličeji, zejména na pravé straně. Vodnaté otoky se rozšířily na bradu, lícní kosti a tváře. Ke zhoršení otoků došlo také v okolí očí; tyto klientovi velmi vadily, protože mu výrazně zhoršovaly schopnost vidět. Otok se navíc objevil i na obou chodidlech DK a sahal až do poloviny lýtek. Otoky HK odezněly.

Panu J. Š. se za levým uchem pod ušním lalůčkem objevila metastáza o velikosti cca 2,5x2 cm, která porušila kožní integritu. Na povrchu novotvaru byl žlutý povlak, okolí bez sekretu. Klient močil spontánně, na stolici byl naposledy včera večer po podání glycerinového čípku, stolice byla řídká. Sestra po telefonické konzultaci s paliativní lékařkou podala pro bolest 11:30 bolus Novalgin 2 ml. i.m. a pro silné otoky podala bolus Furon 40 mg i.m.

Dále následovalo zhodnocení a péče o invazivní vstupy (TSK, PEG) a jejich převaz. TSK byla průchozí a okolí TSK bylo bez známek infekce. Při převazu PEG se okolí místa vstupu opět obkládalo antibiotickým roztokem (Gentamycin 240 mg + 100 ml FR). Sekrece v okolí PEG stále neustupovala. PEG byl funkční, volně průchozí. Sestra také provedla toaletu novotvaru za levým uchem pomocí Aqui, již se rána opláchla. Poté se rána očistila sterilními čtverci s dezinfekcí Betadine, následně se na ni přiložil sterilní čtverec s mastí Betadine a sterilní krytí.

Při této návštěvě se mi subjektivně zdál pan J. Š. v psychické nepohodě. Během včerejšího dne dle slov manželky více spával a byl podrážděný. Značně ho limitovaly otoky obličeje, na které nás neustále upozorňoval. Klient žádal

bolusovou injekci Dexamedu, která mu prý minule velice pomohla. Sestra panu J. Š. vysvětlila, že již nyní užívá 2x denně jednu tabletu Fortecortinu na otoky, což jsou kortikoidy, a že Dexamed také patří do skupiny kortikoidů – které mohou dlouhodobým působením ve velkém množství způsobovat řadu nežádoucích účinků. Sdělila, že už mu aplikovala injekčně lék Furon do svalu, který by mu s otoky měl rovněž pomoci. Zdálo se, že pana J. Š. tato informace uklidnila.

Paliativní medikace

Transdermálně: náplast Transtec 105 µg/h. á 84 hod., pravidelné výměny úterý 9:00 a pátek 21:00.

Do PEG: Fortecortin 4 mg 1-1-0 tbl., Lyrica sirup 20 mg/ml 0-0-10 ml, Furorese 40 mg 1-0-0 tbl. (diuretikum), Kalnormin 0-0-1 tbl. (kalii chloridum), Degan 10 mg 1-1-1 tbl. podat 20 minut před jídlem, Mirtazapin 15 mg 0-0-0-1 jedna tableta ve 21:00 (antidepresivum), Ketonal retard při bolesti 1 tbl. až 2x denně (nesteroidní antirevmatikum)

SOS medikace

Při bolesti: Sevredol 20 mg 1 tbl. až 6x denně po 4 hodinách nebo morfinové kapky 2% 10–40 gtt. až 6x denně po 4 hodinách

Při bolesti kostí, kloubů, svalů: Indometacin 100 mg 1 supp. per rectum

Při dušnosti: morfinové kapky 2% 10 gtt. až 6 x denně po 4 hodinách

Při nevolnosti, škytavce, zmatenosti: Haloperidol kapky 2 mg/ml 0-0-10 gtt.

Při zácpě: glycerinový čípek 1x denně do konečníku a 1–3 polévkové lžíce denně Lactulosity

Při nemožnosti usnout: Oxazepam 10 mg 1 tbl. 0-0-0-1 (na noc), nejpozději do 21:00

Hodnocení klienta dle škál používaných v paliativní péči:

PSS 40 %

ESAS 42 bodů

9.4 Má čtvrtá návštěva klienta, 5. 3. 2020, 12:00

TK: 110/60 mmHg, TF: 68', D: 13', SpO2: 91 %, TT: 36,4 °C, VAS: 4/10

V momentě našeho příchodu pan J. Š. seděl na lůžku v obývacím pokoji, byl při vědomí a orientovaný ve všech směrech. Komunikoval s námi opět pomocí gestikulace. Neměl problém vyhovět jednotlivým výzvám. Komunikace psaným slovem na magnetickou tabulku byla kriticky omezená z důvodu zhoršujících se otoků v oblasti očí.

Manželka nás informovala, že klient v noci spal přerušovaně. Během včerejšího dne mu dcera podala 3x SOS medikaci po 25 kapkách 2% morfinových kapek pro bolesti krku a rukou. Klientovi se vždy na pár hodin ulevilo, ale poté bolest opět nastoupila. Dnes ráno po probuzení pan J. Š. pociťoval dušnost, manželka mu proto podala SOS medikaci 2% morfinové kapky 15 gtt., poté se mu ulevilo.

U pana J. Š. dále došlo k omezení hybnosti pravé ruky, klient nebyl schopen provést odpažení. Během naší návštěvy udával bolest krku a rukou na stupnici VAS 4/10. Dnes v ranních hodinách byl klient na výměně TSK na ORL v Karlových Varech. V průběhu návštěvy dýchal klidně, vazké hleny šedé barvy bez příměsi krve spontánně vykašlával do kapesníku. Odsávačku používaly podle manželky pouze nárazově. Nauzeu a zvracení popíral.

Objektivně u klienta došlo k opětovnému zhoršení vodnatého otoku v obličeji, který je nyní plošný. Masivní vodnatý otok obou očí začal prosakovat do čela a spánkové kosti. Otok se opět vrátil i na PHK, zejména do oblasti prstů a zápěstí. DK byly nyní bez otoků. Novotvar za levým ušním lalůčkem se nezvětšil, na povrchu se stále tvořil povlak žlutozelené barvy. Navíc se u klienta objevil nebolestivý, svědící defekt v úrovni podklíčku na pravé straně cca 3 cm od sternu, který také souvisel s metastatickými procesy v těle. Jednalo se o defekt s mírným porušením kožní integrity bez sekretu a bez povlaku.

Co se týče vyprazdňování, klient močil bez obtíží, docházel na toaletu za pomoci a doprovodu druhé osoby. Stolica byla naposledy před 3 dny. Pocit plnosti břicha nepociťoval. V lůžku byl pan J. Š. mobilní, ale doprovod a dopomoc při ostatních aktivitách byla nezbytná. Klientovi byl po telefonické konzultaci s paliativní lékařkou podán bolus 2 ml Novalginu 500 mg/ml i.m. pro bolest rukou a krku. Dále bylo panu J. Š. doporučeno užívat SOS medikaci dle potřeby s dodržováním minimálního rozestupu á 4 hodiny.

Vzhled okolí invazivních vstupů zůstal nezměněn. Okolí místa vstupu TSK bylo klidné, bez známek infekce. TSK byla průchozí, v ten den nově vyměněná. Byla provedena toaleta okolí TSK pomocí dezinfekce Betadine a sterilních čtverců. Nakonec byla TSK podložena suchými čtverci. Okolí místa vstupu PEG stále vykazovalo sekreci bílo-hnědavého sekretu, která ani po 10denním působení ATB neustala. PEG byl funkční, volně průchozí. Převaz PEG se uskutečnil pomocí sterilních čtverců, napuštěných dezinfekcí Betadine, jimiž se místo vstupu očistilo od sekretu. Následně se na nastřížené čtverce nanasla mast Betadine a čtverce se přiložily k místu vstupu PEG a byly překryty ještě jednou vrstvou nyní již nenastřížených čtverců a přichyceny pomocí pruhů náplasti. Nakonec byl ještě proveden převaz novotvarů, souvisejících s metastatickými procesy, pomocí aquí, dezinfekcí Betadine, mastí Betadine a sterilního krytí.

Při této návštěvě bylo na panu J. Š. vidět, že je zoufalý ze svého zhoršujícího stavu. Působil na mě rezignovaně. Nad vším mávl rukou, že je mu „to už jedno“. Byl velice znepokojen omezenou pohyblivostí pravé ruky, se kterou již nebyl schopen provést odpažení. Sestra se snažila pana J. Š. i rodinu psychicky podpořit, kladla důraz na to, aby byly teď jako rodina co nejvíce pospolu a navzájem se podporovali.

Paliativní medikace

Transdermálně: náplast Transtec 105µg/h. á 84 hod., pravidelné výměny úterý 9:00 a pátek 21:00.

Do PEG: Fortecortin 4 mg 1-1-0 tbl, Lyrica sirup 20 mg/ml 2,5-0-10 ml, Furorese 40 mg 1-0-0 tbl., Kalnormin 0-0-1 tbl., Degan 10 mg 1-1-1 tbl. podat 20 minut před jídlem, Mirtazapin 15 mg 0-0-0-1 1 tableta ve 21:00

SOS medikace

Při bolesti: Sevredol 20 mg 1 tbl. až 6x denně po 4 hodinách nebo morfinové kapky 2% 25 gtt. až 6x denně po 4 hodinách

Při dušnosti: morfinové kapky 2% 15 gtt. až 6 x denně po 4 hodinách

Při nevolnosti, škytavce, zmatenosti: Haloperidol kapky 2 mg/ml 0-0-10 gtt.

Při zácpě: glycerinový čípek 1x denně do konečníku a 1–3 polévkové lžíce denně Lactulose

Při nemožnosti usnout: Oxazepam 10 mg 1 tbl. 0-0-0-1 (na noc),
nejpozději do 21:00

Hodnocení klienta dle škál používaných v paliativní péči:

PSS 40 %

ESAS 46

9.5 Má pátá návštěva a konečná péče o klienta 7. 3.–11. 3. 2020

V posledních 4 dnech života se stav pana J. Š. rapidně zhoršoval. 7. března začal klient mít stále větší tlakové a svíravé bolesti v oblasti krku a ramen. Kromě stálé medikace na bolest rodina začala panu J. Š. podávat do PEG ještě 2% morfinu po 30 kapkách s odstupem 4 hodin a zároveň došlo k navýšení transdermální náplasti Transtec na 140 µg/h. Enterální výživa se od tohoto dne začala podávat každé 2 hodiny ve sníženém množství 100 ml Isosource/100 ml vody. Tento den jsem u pana J. Š. byla naposledy. Následující dny jsem zde popsala pomocí dokumentace a z výpovědi sester, které byly s klientem v kontaktu.

8. března se klient v noci vzbudil zmatený, pomočený a nevěděl, kde je. Stěžoval si na silnou bolest krku a ramen a dcera mu následně podala 30 kapek 2% morfinu. Během návštěvy sestra naměřila klientovi nízký krevní tlak (100/60), a proto po konzultaci s lékařkou doporučila rodině hydratovat pana J. Š. a 1 hodinu cca 250 ml vody.

9. března pan J. Š. během noci téměř nespál. Ve 4 hodiny ráno se probudil pro silné bolesti krku a ramen. Rodina mu podala do PEG 30 kapek 2% morfinu a hodinu poté ještě dalších 10 kapek 2% morfinu. Kromě silných bolestí byl klient v noci dušný a dýchal s obtížemi. Rodina odsávala větší množství mucinózního sputa. Při ranní návštěvě sestry byl stav klienta lepší. Pociťoval mírné bolesti ramene (VAS 2/10) a dušnost neudával. Po telefonické konzultaci s lékařkou sestra podala bolus 1 amp. Buscopan 20 mg + 1 amp. Furosemid 20 mg i.m., 1 amp. Dexamed 8 mg i.m. a 1 amp. Novalgin 2 ml. i.m. Dále došlo ke změně stálé medikace Fortecortin 4 mg 1-1/2-0, z důvodu dušnosti byl klientovi předepsán Berodual inhal. s pravidelným užíváním 3x2 vdechy a pro stavy úzkosti a zmatenosti Haloperidol 2 mg/ml 5-5-5 kapek denně.

V noci z 9. na 10. března byl klient velice dušný, opět se zvýšila sekrece hlenu a rodina musela pana J. Š. častěji odsávat. Z důvodu podráždění okolní tkáně při odsávání došlo ke krvácení z TSK a z úst. Rodina o této skutečnosti 3x telefonicky informovala sestru. Sestra po domluvě s lékařkou podala 1 amp. Exacyl 500 mg/50 ml vody do PEG. K ránu dcera opět kontaktovala sestru s tím, že je klient zmatený, neklidný, hází věcmi kolem sebe a chce odejít z domu. Sestra za rodinou opět vyjela.

Klient byl silně rozrušen ze svého stavu a udával tlakové a svíravé bolesti krku a ramen VAS 5/10. Po konzultaci aktuálního stavu klienta s lékařkou nabídla sestra rodině možnost napojení pana J. Š. na lineární dávkovač a podání paliativní analgesie. Rodina i klient s touto nabídkou souhlasili. Na úvod sestra podala bolus 10 mg 1% morfin + 1 amp. Haloperidol 2 mg/ml s.c. Následně na základě souhlasu zavedla subkutánně kanylu do LHK v oblasti paže a připravila směs léků do lineárního dávkovače: 40 mg 1% morfin + 3 amp. Buscopan 20 mg + 2 amp. Haloperidol 2 mg/ml + 30 mg Midazolamu do 50 ml FR. Dávkovač spustila rychlostí 2,1 ml/hod.

Rodina byla podrobně informována o nastavené terapii a seznámena s obsluhou dávkovače. K večeru sestru telefonicky kontaktovala manželka nemocného s tím, že klient je opět neklidný, vstává z lůžka, je mírně agresivní, odhání dcery i manželku a odmítá jejich pomoc. Sestra proto vyjela za panem J. Š. Klient byl v poloze v polosedě s nohama svěšenýma z lůžka, postavit se již nedokázal. Po telefonické konzultaci s ošetřující lékařkou doplnila sestra směs do dávkovače: 3 amp. Tiapridal 2 ml/100mg + 1% morfin 20 mg + Midazolam 15 mg podáno rychlostí 2,1 ml/hod. Po zklidnění klienta sestra podala večerní medikaci do PEG a Isosource 100 ml/100 ml vody.

Sestra setrvala na místě a s pomocí rodiny napolohovala klienta na pravý bok ve zvýšené poloze a poskytovala psychickou podporu rodině. Před odjezdem ponechala u pacienta 2x natažený bolus ve stříkačkách: Midazolam 5 mg + 1 amp. Tiapridal 2 ml/100 mg s.c. Rodina byla o podání edukována.

11. března v čase 2:45 ráno telefonovala dcera, že tatínek nedýchá a že zřejmě zemřel. Sestra okamžitě vyjela k rodině, vyšetřila klienta a potvrdila smrt.

Následně uvědomila koronera a rodině pomohla připravit potřebné dokumenty, tj. občanský průkaz zemřelého, průkaz pojištěnce, rodný list a lékařské zprávy.

Koroner po svém příjezdu ohledal tělo zemřelého a konstatoval smrt. Sestra o úmrtí nemocného informovala ošetřující lékařku pana J. Š. Následně, po odjezdu koronera, odpojila lineární dávkovač a odstranila z paže klienta zavedený katétr. Poté uložila tělo do vodorovné polohy a za pomoci rodiny omyla tělo zemřelého, vyměnila krytí v okolí invazivních vstupů a plenkové kalhotky. Nakonec společně tělo oblékly do důstojného oděvu.

Posléze kontaktovala pohřební službu a do jejího příjezdu setrvala s rodinou, která potřebovala v dané chvíli její psychickou podporu, neboť tato situace – třebaže ji očekávala – pro ni byla velmi psychicky náročná. Rozloučení s klientem proběhlo v tichosti za přítomnosti manželky a obou dcer. Rodina držela pana J. Š. za ruku a loučila se s ním.

S rodinou byla po celou dobu péče o pana J. Š. velice dobrá a vstřícná spolupráce i komunikace. Rodina děkovala za poskytnutou péči a cenné rady v péči o manžela a tatínka. Manželka i obě dcery byly velmi rády, že měly možnost dopřát panu J. Š. poslední chvíle života doma, jakož i klidnou a důstojnou smrt za přítomnosti manželky a dcer, které ho bezpodmínečně milovaly.

Sestra nakonec rodině předala informace o dalších nezbytných úředních úkonech a domluvily se na telefonických konzultacích v případě nejasností. Současně rodině nabídla možnost využití pomoci psychologa mobilního hospicu v případě potřeby.

10. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku a fungování mobilní specializované paliativní péče, v jejímž rámci probíhá péče o terminálně nemocné pacienty v jejich domácím prostředí.

Zkušenost s mobilní specializovanou paliativní péčí jsem získala prostřednictvím mobilního hospice LADARA, který se nachází v Karlovarském kraji.

Má praktická část bakalářské práce pojednává o terminálně nemocném klientovi, za kterým jsem dojížděla společně se sestrami právě tohoto mobilního hospice po dobu téměř jednoho měsíce. V mé praktické části popisuji pět vybraných návštěv klienta v jeho domácím prostředí. U klienta jsem byla naposledy přítomna 7. března 2020, následující dny jsou popsány z dokumentace a z výpovědi sester.

V průběhu jednotlivých návštěv pana J. Š. jsem se pod přímým vedením sestry mobilního hospice podílela na ošetrovatelské péči o klienta a psychické podpoře rodiny i klienta.

Hlavní výhodou mobilního hospicu je to, že pacient je ve svém domácím prostředí a není odloučen od rodiny a do určité míry se může rozhodovat o tom, co bude dělat. Domácí prostředí obvykle přispívá ke zklidnění pacienta, dále přispívá ke zlepšení jeho psychického stavu a přijetí terminality (Slováček, Hovorková, Ivanovová, 2014). Lze ale také konstatovat, že mobilní hospicová péče má řadu nevýhod. Kladou se velké nároky na rodinu jakožto pečovatele o nemocného. Při uzavírání smlouvy se rodina zavazuje k tomu, že u pacienta musí být vždy doma někdo přítomen 24 hodin sedm dní v týdnu. Jestliže tato podmínka není dodržena, tak to může být důvod k odstoupení od smlouvy a ukončení péče. Rodina také musí řešit náhle vzniklé komplikace pacientova zdravotního stavu. Samozřejmě se mohou kdykoliv obrátit na personál mobilního hospice, který jim je na telefonu neustále k dispozici, ale nastalou situaci doma musejí řešit do příjezdu personálu sami s pomocí instrukcí po telefonu. Tento tlak nemusí příslušník poskytující péči po čase psychicky snášet, a tudíž je pacient následně

přemístěn z domácího prostředí do nemocničních či lůžkových hospicových zařízení.

Z výzkumu z roku 2013, který provedla agentura STEM/MARK vyplývá, že v ČR 80 % dotazovaných by si přálo umírat v domácím prostředí. Tuto možnost má ale ve výsledku asi jen 4 % nemocných (Centrum paliativní péče).

Na základě dat z národních zdravotních registrů lze konstatovat, že téměř 50 % pacientů s potřebou paliativní péče nejčastěji umírá v nemocnicích na lůžkách akutní péče, více jak 10 % všech úmrtí naopak na lůžkách následné péče. Poslední rok života je u pacientů s paliativně relevantními diagnózami doprovázen opakujícími se hospitalizacemi, z dat vyplývá, že až 41 % pacientů je v posledním roce hospitalizováno více než 3x, 14 % pacientů dokonce více než 5x. Pacienti s těmito diagnózami v jejich posledním roce života pobývají podstatně dlouhou dobu na lůžkách akutní a následné nemocniční péče.

Při poskytování nemocniční péče pacientům s potřebou paliativní péče lze shledat řadu nedostatků. Někteří pacienti nemají adekvátně zmírněnou bolest a další tělesné symptomy. Mezi zdravotníky a pacienty je nedostatečná komunikace týkající se jejich klinického stavu a prognóze. Léčebný plán je většinou stanoven lékařem a pacient ani jeho blízcí se na jeho tvorbě nepodílejí nebo pouze velmi omezeně. Pacienti jsou v závěru života vystavováni náročným diagnostickým a léčebným postupům. Opakující se hospitalizace pacientů v závěru života jsou často důsledkem neadekvátně formulovaného léčebného plánu a nedostatečně připraveného a organizačně zajištěného systému propouštění do domácí péče. Zdravotníci nevěnují péči o pacienty v závěru života náležitou pozornost. Chybí schopnost paliativního managementu, což může vyústit v neadekvátní intenzivní a agresivní léčbu. Výsledkem tohoto počínání je zbytečné utrpení a frustrace pacienta, ale také neúčelné využívání zdrojů a prostředků zdravotních pojišťoven (Sláma, Krejčí, Ambrožová, 2019).

Co se týče opakovaných hospitalizací v závěru života pacienta, tak zde vidím velikou výhodu mobilní specializované paliativní péče, která okamžitě reaguje na změny stavu pacienta a paliativními přístupy zvládá symptomy terminální fáze, a tudíž se tím předejde případným hospitalizacím.

Specializovaná paliativní péče ale nemusí být poskytována pouze prostřednictvím mobilních hospiců. S komplexními službami paliativní péče se můžeme setkat také v hospicích lůžkových a také v nemocnicích.

V nemocnicích se můžeme setkat se specializovanou paliativní péčí ve formě lůžkových oddělení paliativní, konziliárních paliativních týmů a ambulance paliativní medicíny. Avšak v České republice není nemocniční specializovaná paliativní péče dostatečně rozšířena do poskytovaných služeb nemocnic. Z tohoto důvodu vznikl program Spolu až do konce, jehož cílem je zavádět paliativní péči do českých nemocnic. Zdaleka ne všechny nemocnice jsou ale do projektu zapojeny (Centrum paliativní péče). Do tohoto projektu nebyla doposud zapojena žádná nemocnice z Karlovarského kraje a specializovaná paliativní péče v ní podstatě neexistuje. Tudíž pan J. Š. neměl jinou možnost, než čerpat specializovanou paliativní péči jedním ze tří mobilních hospiců Karlovarského kraje či v kamenném hospici v Nejdku. Po zvážení situace se rodina rozhodla využít služeb mobilního hospice.

Největším přínosem mobilní hospicové péče oproti jiným zařízením, jež také poskytují specializovanou paliativní péči, pro mého klienta bylo to, že byl do poslední chvíle ve svém domácím prostředí obklopen svou milující rodinou.

Závěr

Touto bakalářskou prací jsem chtěla přiblížit problematiku paliativní péče a fungování mobilní specializované paliativní péče, v jejímž rámci probíhá péče o terminálně nemocné pacienty v jejich domácím prostředí.

Prostřednictvím mobilní specializované péče lze v domácím prostředí řešit velmi těžké zdravotní stavy pacientů, o nichž jsem se do doby, než jsem působila v mobilním hospicu, domnívala, že je lze řešit pouze v nemocničním prostředí. Věřím, že jsem svou prací poskytla náhled jak na paliativní péči obecně, tak přímo na mobilní specializovanou paliativní péči.

To, že jsem mohla být součástí týmu mobilního hospicu a společně se sestřičkami navštěvovat klienty v terminálním stádiu, mi také změnilo pohled na umírání. To jsem si dříve spojovala s osamocením, bolestí a ztrátou důstojnosti. Zde jsem byla svědkem toho, že to jde i jinak. Samozřejmě že není možné vždy zajistit, aby člověk necítil bolest a jiné symptomy, které nemoc přináší, ale tyto symptomy povětšinou lze vhodně nastavenou léčbou snížit na únosnou míru. K tišení symptomů a bolesti také jistě přispívá právě relativní psychická pohoda nemocného, jíž lze docílit právě tím, že se pacient nachází v dobře známém prostředí a je obklopen svými blízkými.

Co se mi na práci v mobilním hospicu velice líbilo, byl vztah a spolupráce mezi pracovníky hospicu a rodinami (a samozřejmě také samotnými klienty). Jednalo se o partnerský vztah, jehož společným cílem bylo to, aby klient poslední chvíle života prožil v co největší psychické i fyzické pohodě v rodinném kruhu. Mezi pracovníky hospicu a rodinami vznikaly velmi hezké, přátelské vztahy. Sestřičky, které za rodinami jezdily každý den, již nebyly po delší době brány jako cizí elementy – naopak byly přijaty do rodin a společně s nimi prožívaly přechodné zlepšování stavu klientů, stejně jako se stávaly svědkyněmi postupného a nevyhnutelného zhoršování. Rodinní příslušníci věděli, že v tom nejsou sami, že mají možnost kdykoliv se obrátit na pracovníky hospicu, kteří jim okamžitě poskytnou jakoukoliv podporu.

Závěrem své práce bych chtěla vyslovit velké uznání všem rodinám, se kterými jsem měla možnost se poznat při svém působení v mobilním hospicu

LADARA. Upřímně jsem tyto rodiny obdivovala za jejich statečnost vzít si do péče své blízké, kteří byli většinou ve velmi vážném zdravotním stavu, za rozhodnutí pečovat o ně až do jejich smrti. S nastalými situacemi si členové těchto rodin i bez zdravotnického vzdělání byli schopni poradit a zachovat si při tom chladnou hlavu, i když se jednalo o jejich nejbližší. Umožnili jim tak hezký a klidný odchod z tohoto světa ve společnosti lidí, kteří je měli rádi.

Velmi mě obohatilo to, že jsem měla možnost vidět nejen práci sестřiček, ale i ostatních zaměstnanců mobilního hospicu. Pokládám jejich práci za činnost, která má značný smysl, a jsem ráda, že u nás v České republice existují lidé, kteří tuto záslužnou a psychicky náročnou práci vykonávají ochotně a s porozuměním lidem, jež sužuje nevyléčitelná nemoc, i k jejich rodinám.

Souhrn

Má bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a ošetrovatelskou. V teoretické části pojednávám o 3 velkých celcích, jimiž jsou „smrt a umírání“, „paliativní péče“ a „zařízení mobilní specializované paliativní péče“.

V kapitole s názvem „Smrt a umírání“ čtenáře seznamuji s modelem 5 fází smutku a s jednotlivými obdobími umírání. V kapitole pojednávající o paliativní péči se snažím přiblížit problematiku tohoto typu péče. Zabývám se zde druhy paliativní péče, dále indikací paliativní péče u nevléčitelně nemocných pacientů, její legislativní úpravou a etickými aspekty. Posledním a největším celkem teoretické části je kapitola s názvem „Zařízení mobilní specializované paliativní péče“. V ní se zmiňuji o historii i současnosti mobilních hospiců, o právních normách, požadavcích na poskytovatele a financování mobilních hospiců. Je zde také vymezena cílová skupina mobilní specializované paliativní péče a její indikace a multiprofesní tým mobilního hospicu, kde se věnuji především roli sestry. V závěru této kapitoly popisuji postup při úmrtí nemocného v domácí péči a péči o pozůstalé po úmrtí klienta v domácí péči.

Fungování mobilní specializované paliativní péče v domácím prostředí terminálně nemocných klientů demonstruji na příběhu 63letého pana J. Š., jemuž byl diagnostikován karcinom oropharyngu. O případu tohoto klienta pojednává ošetrovatelská část mé práce. V ní se také zmiňuji o ošetrovatelském modelu Virginie Henderson a o ošetrovatelském procesu. Dále zde seznamuji čtenáře se základními údaji o panu J. Š.; ošetrovatelskou anamnézu jsem vypracovala dle Virginie Henderson a stanovila aktuální a potenciální diagnózy ke dni, kdy jsem se s panem J. Š. poprvé setkala. U jednotlivých diagnóz jsem vypracovala jejich realizaci a hodnocení.

V poslední části práce jsem popsala svá pozorování a ošetrovatelskou péči prováděnou u pana J. Š. během jednotlivých návštěv v jeho domácnosti. Při péči o pana J. Š. se dbalo zejména na to, aby byly uspokojeny všechny jeho potřeby a aby prožil své poslední chvíle života v co největší fyzické i psychické pohodě, obklopen svými blízkými.

Summary

My bachelor thesis is divided into the theoretical and nursing part. In the theoretical part, I deal with three large units, which are „Death and dying“, „Palliative care“ and „Mobile specialized palliative care facilities“.

In the chapter entitled Death and dying, I acquaint readers with the model of five stages of mourning and the different periods of dying. In the chapter dedicated to palliative care, I try to approach the issue of palliative care. In this chapter, I deal with the types of palliative care, the indication of palliative care in terminally ill patients as well as legislative amendments and ethical aspects of this kind of care. My last and largest unit in the theoretical part is the chapter called „Mobile specialized palliative care facilities“ where I mention the history and presence of mobile hospices just like legal norms, requirements imposed on providers, and financing of mobile hospices. I also mention the target group of MSPC (Mobile Specialized Palliative Care), its indications and the multi-professional team of a mobile hospice where I mainly focus on the role of a nurse in a mobile hospice.

The operation of mobile specialized palliative care in the home environment of terminally ill clients is demonstrated in the story of 63-year-old Mr. J. Š who has been diagnosed with oropharyngeal carcinoma. The case of this client is discussed in the nursing part of my thesis. In the nursing part, I also mention the nursing model of Virginia Henderson and the nursing process. Furthermore, I acquaint readers with basic information about Mr. J. Š. I worked out the nursing anamnesis according to Virginia Henderson and compiled the current and potential diagnoses as to the day I first met Mr. J. Š. For each diagnosis, I have elaborated on their implementation and evaluation. At the end of my thesis, I described my observations and the nursing care performed on Mr. J. Š. during individual visits to his home.

Within the care of Mr. J. Š., it was particularly important to ensure that all his needs were met and that he spent his last moments of life in the greatest possible physical and mental well-being, surrounded by his loved ones.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje

CABRNOCH, Milan, DUŠÁNKOVÁ, Jana, KREJČÍ, Jiří, LOUČKA, Martin a kol. (2016). *Výzvy hospicové péče*. Čerčany: Tři. ISBN 978-80-270-0455-3.

Cesta domů. *Domácí hospic: pomoc pro ty, kteří chtějí pečovat o své umírající blízké doma*. Praha: Cesta domů, 2019.

FEYS, T. (2017). *The start-up of a palliative support team in the Prague University hospital Kralovské Vinohrady*. Bcs Thesis. Gent: Artevelde University of applied sciences,

HAŠKOVCOVÁ, Helena (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena (2015). *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana a kol. (2012) *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOUSKA, Adam, KOŘENEK, Jan, DEMO, Pavel a kol. (2018). *Desatero paliativní péče pro praktické lékaře*. Praha: Centrum paliativní péče. ISBN 978-80-906109-9-6.

KISVETROVÁ, Helena (2018). *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

KREJČÍKOVÁ, Helena (2016). *Dříve vyslovená přání: manuál nejen pro pacienty*. Praha: Cesta domů.

KUPKA, Martin (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra

(Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

LOUČKA, Martin, POLÁKOVÁ, Kristýna (2018). *Paliativní péče v hlavním městě Praha: analýza*. Praha: Centrum paliativní péče. ISBN 978-80-87931-37-0.

MARKOVÁ, Alžběta a kol. (2015). *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

MARKOVÁ, Monika (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MISCONIOVÁ, Blanka (1998). *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociální věcí České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem města Prahy. ISBN 80-239-1915-6.

MUNZAROVÁ, Marta (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

NANDA International, Inc. (2015). *OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra (2006). *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 80-247-1211-3.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. (c2011). *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072628490.

SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán (c2004). *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.

SVATOŠOVÁ, Marie (2008). *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. (2014). *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a kol. (1998). *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-437-1.

Seznam internetových zdrojů

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 (1999). „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“: („Charta práv umírajících“). *Ochrance.cz* [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf

Co je to paliativní péče. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2020-07-25].

Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

HOUSKA, Adam (2019). Paliativní péče. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2020-01-26]. Dostupné z:

<http://www.energeia.cz/uploads/dokumenty/01%20Fakta%20o%20paliativni%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8Di%20Adam%20Houska.pdf>

JELÍNKOVÁ, Pavla (2014). Hospicová mobilní péče. *Pomoc v domácnosti*

[online]. [cit. 2020-3-1]. Dostupné z: <https://pomocvdomacnosti.cz/hospicova-mobilni-pece>

KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej (2016). Stanovisko ČSPM ČLS JEP k otázce ambulantní a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v ČR. *Paliativní medicína* [online]. [cit. 2020-14-2]. Dostupné z:

<https://www.paliativnimedicina.cz/stanovisko-k-otazce-ambulantni-a-mobilni-specializovane-paliativni-pece/>

PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ (2015)»

Linkos.cz. Linkos: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* » Linkos.cz [online]. [cit. 2020-07-25]. Dostupné z:

<https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/paliativni-a-hospicova-pece-v-domacim-prostredi/>

PROKOPOVÁ, Jindřiška a ŠPINKOVÁ, Martina (2015). Poslední chvíle: Jak postupovat při úmrtí blízkého člověka doma. *Cestadomů* [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/publikace/posledni-chvile>

Představenstvo České lékařské komory. Doporučení Představenstva ČLK č. 1/2010 (2010). *Česká lékařská komora* [online]. [cit. 2020-15-02]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk-227.html>

Registrační listy zdravotních výkonů: kód 80090 a 8009 (©2010). *1. Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/registracni-listy-zdravotnich-vykonu_3244_3.html

Rights of the sick and dying (1976). *Parliamentary Assembly* [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16026&lang=en>

Seznam zdravotních výkonů: AGREGOVANÝ VÝKON DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE – KLINICKY NESTABILNÍ PACIENT (©2016). *ÚZIS* [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/80090>

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a ŠPINKOVÁ, Martina (2013). Standardy paliativní péče 2013. *Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. [cit. 2020-01-26]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

SLÁMA, Ondřej, KREJČÍ, Jiří a AMBROŽOVÁ, Jana (2019). Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. [online]. [cit. 2020-07-26]. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

TONEY-BUTLER, TJ a JM THAYER (2019). *Nursing Process*. *NCBI: StatPearls* [online]. [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

UHLÍŘ, Marek, SVOBODA, Pavel, MAZANCOVA, Vendula a kol. (2019).
Standardy mobilní specializované paliativní péče. *Česká společnost paliativní
medicíny ČLS JEP* [online]. [cit. 2020-01-26]. Dostupné z:
[https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-
standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf)

Věstník č. 13/2017: Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k
poskytování mobilní specializované paliativní péče (2017). *Ministerstvo
zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2020-02-22]. Dostupné z:
[https://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=36101&typ=application/
pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf](https://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=36101&typ=application/pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf)

Seznam zákonů a vyhlášek

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., *Listina základních práv a svobod*.

Vyhláška č. 134/1998 Sb., *kteřou se vydává seznam zdravotních výkonů s
bodovými hodnotami*.

Zákon č.372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*.

Zákon č.48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*.

Seznam zkratek

ALS – amyotrofická laterální skleróza

amp. – ampule

BMI – body mass index

Ca – karcinom

CT – Computed Tomography

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

D – dech

Dg. – diagnóza

DK – dolní končetina

D – PaP - Dementia Palliative Prognostic Score

DVP – Dříve vyslovená přání

dx. – dexter

EDP – Evidence-based practice

ESAS - the Edmonton Symptom Assessment System

FR – fyziologický roztok

ggt. – guttae

GCS – Glasgow Coma Scale

CHT - chemoterapie

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

i.m. – intra muscolum

inhal. – inhalace

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LDK – levá dolní končetina

LHK – levá horní končetina

MMSE – Mini Mental State Exam

MSPP – mobilní specializovaná paliativní péče

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NANDA – The North American Nursing Diagnosis Assotiation

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NYHA – New York Heart Association
ORL – otorinolaryngologie
PaP – Palliative Prognostic Score
PaPaSScale – Paediatric Palliative Scoring Scale
PDK – pravá dolní končetina
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie
PHK – pravá horní končetina
PICT – Palliative Care Indicator Tool
p.o. – per os
PP – paliativní péče
PPI – Prognostic Palliative Index
PPS – Palliative Performance Scale
RT – radioterapie
s.c. – subcutaneus
sin. – sinister
SPICT – Supportive and Palliative Care Indicators Tool
Stp. – status post
supp. – suppositorium
tbl. – tableta
TF – tepová frekvence
TCHM – tracheostomie
TK – krevní tlak
TRM – transdermální
TSK – tracheostomická kanyla
TT – tělesná teplota
VAS – visual analogue scale
ZN – zhoubný novotvar

Seznam příloh

Příloha č. 1: ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Palliative Performace Scale – PPS

Příloha č. 3: Edmonton Symptom Assessment Scale - ESAS

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : Mobilní hospic
Datum a čas odběru anamnézy : 13.2.2020, 11:00
Jméno (iniciály) : J. Š. Pohlaví : muž Věk : 63 let
Datum přijetí : 30.1.2020
Stav : ženatý Povolání : Diachodce
Rodina informována o hospitalizaci : ano ☒ ne ☐
Diagnóza při přijetí (základní) : Trombný novotvar kořene jazyka CO1
Chronická onemocnění : arteriální hypertenze, hyperurikémie, hepatopatie, hypercholesterolémie
Infekční onemocnění : ☒ NE ☐ ANO
Režimová opatření : ☒
Léčba:
Operační výkon : Pooperační den :
Farmakoterapie : TRANSTEC 52,5mg/h. a 84 hodin
Fortecortin 4mg 1-1-0
Lyrica sirup 20mg/ml 0-0-7,5ml
Degan 1-1-1 tbl, 20 minut před jídlem
Jiné léčebné metody : Glycerinový čípek a Lactulosa při zácpě
Diazepam 10mg při nemožnosti usnout 0-0-0-1
Má nemocný informace o nemoci : ☒ ano ☐ ne ☐ částečně
Alergie : ☒ ano ☐ ne jaké : Paralen
Fyziologické funkce : P : 57 TK : 130/70 D : 14 SpO2 : 96% TT : 36,68

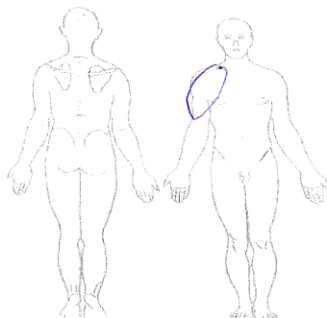
1) Vědomí


stav vědomí : ☒ při vědomí ☐ porucha vědomí ☐ bezvědomí GSC : 15
☒ Orientovaný ☐ Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ☒ ano ☐ akutní ☐ chronická
☐ tupá ☐ bodavá ☐ křečovitá ☐ svalová ☒ jiná *žlakové s*
☐ ne

lokalizace : Prave' rameno



Intenzita : 

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ☐ ano ☒ ne

dušnost : ☐ ano ☐ klidová ☐ námahová ☐ noční
☒ ne

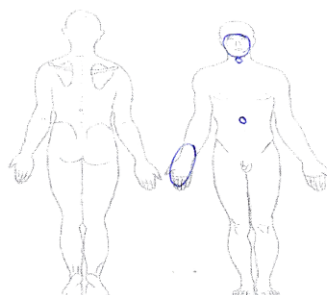
Kuřák : ☐ ano ☒ ne

Kašel : ☐ ano ☒ ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ☒ ano ☐ ekzém ☒ otoky ☐ dekubity ☒ jiné *Poměr celistvost kůže: 22 b.*
☐ ne *riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 22 b.*

lokalizace :



Hodnocení rány: Okol TSK klidné, bez známek infekce. V místě vstupu PEGu se vyskytuje seběca
blo-hrédarcho hlenného sekretu. Okol vstupu PEG je až na výstřih se sekrecí, klidné a růžové.

Ošetření rány: TSK - ošetření okolí dezinfekcí Betadine + poplazení TSK sterilními čtverci
PEG - ošetření okolí dezinfekcí Betadine + sterilní čtverce.

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)... *Polymorbidní pacient s nadřazeným onemocněním. Pan J. S. v. o své nemoci, snaží se spolupracovat.*
Je smutný z celé neblahé situace.

Úrazy: ☐ ano ☒ ne jaké: *ne*

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *NPO* Nutriční skóre: *3*

Hmotnost: *66 kg* Výška: *177 cm* BMI: *21*

Chuť k jídlu: ☐ ano ☒ ne

Potíže s přijímáním potravy: ☐ ano ☒ ne jaké: *ne*

Užívá doplňky výživy: ☐ ano ☒ ne jaké: *ne*

Enterální výživa: *Isosource* Parenterální výživa: *ne*

Denní množství tekutin: *1050 ml* Druh tekutin: *převarená voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ☐ ano ☒ ne o kolik: *ne*

Umělý chrup: ☐ ano ☒ ne ☐ horní ☐ dolní

Potíže s chrupem: ☐ ano ☒ ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ☐ ano ☐ pálení ☐ řezání ☐ retence ☐ inkontinence
☒ ne ☐

problémy se stolicí: ☐ ano ☐ průjem ☒ zácpa ☐ inkontinence
☐ ne

stolice pravidelná: ☐ ano ☒ ne

datum poslední stolice: *8.2.2020*

Způsob vyprazdňování: *podložní mísa/močová láhev (na noc)*

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *ne*

Rektální odvodný systém: *ne*

Stomie: *ne*

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *výšlecko, křeslo - přesun s pomocí*

Barthel test: *35 bodů - výsoka závislý*

Riziko pádu: *ANO* skóre: *10 - střední riziko* NE

Pohyblivost: ☐ chodící samostatně ☒ chodící s pomocí *(na krátké vzdálenosti)*

☐ ležící pohyblivý

☐ ležící nepohyblivý

☐ pomůcky

jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *poslední dobou cca 5 hodin* hodina usnutí : *2-3 ranní*

poruchy spánku : ☒ ano ☐ ne jaké : *nemůže usnout*

hypnotika : ☐ ano ☒ ne *dnes poskytnuta (Oxazepam 10mg)*

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ☒ ano ☐ ne jaké : *masivní vodnatý otok v oblasti očí*

potíže se sluchem : ☒ ano ☐ ne jaké : *hůře slyší*

porucha řeči : ☒ ano ☐ ne jaká : *zavedena TSK*

kompenzační pomůcky : ☒ ano ☐ ne jaké : *magnetická tabulka s fixem*

orientace : ☒ orientován

☐ dezorientovaný

☐ místem

☐ časem

☐ osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : ☒ klidný ☐ rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ☒ ano ☐ ne *strach spojen se zhoršujícím se zdravotním stavem*

Úroveň komunikace a spolupráce : ☒ dobrá ☐ obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ☐ ano ☒ ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění :

kontakt s rodinou : ☒ ano ☐ ne

Bydlí v domě s manželkou a dcerami

12) Invazivní vstupy

Drény : ☐ ano ☒ ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ☐ ano ☒ ne

i.v. vstupy : ☐ ano ☐ periferní datum zavedení : kde :

Stav :

☐ centrální datum zavedení : kde :

stav :

☐ ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ☐ ano ☒ ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ☒ ano ☐ ne jaká : PEG stav : prichozí

Endotracheální kanyla : ☐ ano ☒ ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ☒ ano ☐ ne č. : 7..... od kdy : prosinec 2018

Arteriální katétr : ☐ ano ☒ ne

Epidurální katétr: ☐ ano ☒ ne

Jiné invazivní vstupy: /

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Prevažně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. **22b**

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		
15 bodů - pacient při plném vědomí		
3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

63letý muž diagnostikován s Ca. Koronární jazyka. Nyní je v péči rodiny a mobilního hospicu LADAKA v Karlových Varech. Klient je při vědomí, orientovaný a snaží se spolupracovat. Pacient má zavedenou tracheostomickou kanylu, dýchá spontánně. TSK je přichází a okolí TSK nejen záněty, infekce. Klient nemluví z důvodu zavedení TSK, domlouvá se pomocí gestikulací a slovním psaným na magnetickou tabulku. Stravu přijímá na PEG. PEG je funkční, v okolí vstupu se vyskytuje mírná sekrece bílobředavého sekretu. Udává bolest pravého ramene VAS 4/10. Většinu času tráví na lůžku. Je schopný s doprovodem a doprovodem přemýšlet na krátkou vzdálenost. Klient má v blízkosti masivní otok zejména v okolí očí a úst. Otok zhoršuje u pana J.S. schopnost vidět. Hrozí riziko pádu. Noční spontánní. Na stolici byl aktuální 5. den.

Příloha č. 2: Palliative Performance Scale - PPS

LADARA
AGENTURA DOMÁCÍ PÉČE
Pavla Andrejkivová - LADARA s.r.o., Agentura domácí zdravotní péče, Čankovská 1021/19, Karlovy Vary, 360 05, tel/fax 353563595, e-mail pavla.andrejkivova@ladara.eu, IČ: 263 95 134
Zapsána v Obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Plzni, oddíl C, vložka 17521

Palliative Performance Scale – PPS

Paliativní škála funkční zdatnosti

Zařazení do programu mobilní specializované paliativní péče je indikované u pacientů s PPS ≤ 40.

PPS	Pohyblivost	Aktivita	Symptomy nemoci	Soběstačnost	Příjem potravy	Stav vědomí
100	neomezená	normální	žádné	plná	normální	normální
90	neomezená	normální	mírné	plná	normální	normální
80	neomezená	normální, vyžaduje úsilí	mírné	plná	normální nebo snížená	normální
70	omezená	neschopen zaměstnání/práce	významné	plná	normální nebo snížená	normální
60	omezená	neschopen práce/činnosti doma	významné	příležitostná pomoc nutná	normální nebo snížená	normální nebo zmatenost
50	převážně leží nebo sedí	neschopen žádné práce	plně rozvinutá choroba	častá pomoc nutná	normální nebo snížená	normální nebo zmatenost
40	převážně na lůžku	neschopen většiny činností	plně rozvinutá choroba	nutná pomoc s většinou činností	normální nebo snížená	normální nebo spavost /- zmatenost
30	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	snížená	normální nebo spavost /- zmatenost
20	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	střídání tekutin	normální nebo spavost /- zmatenost
10	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	jen zvlhčování úst	spavost nebo bezvědomí /- zmatenost
0	smrt					

Jméno a příjmení pacienta:pan. J.S. Datum hodnocení: 30.1.2019

Razítko a podpis hodnotitele:

Příloha č. 3: Edmonton Symptom Assessment Scale - ESAS

Pan J. Š. ke dni 30.1.2020



Pavla Andrejkivová- LADARA s.r.o., Agentura domácí zdravotní péče, Čankovská 1021/19, Karlovy Vary, 360 05, tel/fax 353563595, e-mail pavla.andrejkivova@ladara.eu, IČ: 263 95 134
Zapsána v Obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Plzni, oddíl C, vložka 17521

Edmonton Symptom Assessment Scale – ESAS

Vyhodnocení stavu pacienta na základě závažnosti symptomů.

V rámci pilotního programu bude u pacientů s PPS menší nebo rovno 40 prováděno 1x denně.

žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná bolest
žádná únava	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná únava
žádná ospalost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná ospalost
žádná nevolnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná nevolnost
žádná nechutenství	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelné nechutenství
žádná dušnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná dušnost
žádná deprese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná deprese
žádná úzkost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná úzkost
maximální celková pohoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	naprostá nepohoda
další problémy (např. zácpa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná
Závažnost symptomu	nízká			střední			vysoká					
Celkové ESAS skóre = součet hodnot pro jednotlivé symptomy												41

Mini-Suffering State Examination - MSSE

Škála distresu je určena pro pacienty, v jejichž případě nelze vyhodnotit závažnost symptomů.

položky	ANO = 1, NE = 0
1 Neklid	
2 Výkřiky	
3 Bolest	
4 Dekubity	
5 Malnutrice	
6 Poruchy stravování (nechutenství, dysfagie)	
7 Konfliktní chování	
8 Labilní zdravotní stav	
9 Utrpení podle zdravotníka	
10 Utrpení podle pečující osoby	
Celkové MSSE skóre	